Anno XXXVII 1924 N. 1

IL MANICOMIO

GIORNALE DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II

DIRETTO DAL

Prof. Domenico Ventra

LIBERO DOCENTE DI PSICHIATRIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
DIRETTORE DEL MANICOMIO

E REDATTO

DAI MEDICI DEL MANICOMIO

NOCERA INFERIORE
TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO

1924

"IL MANICOMIO„ **Giornale di Psichiatria e Scienze affini**, esce ogni quadrimestre, formando a fin d'anno un volume di 300 pagine. Pubblica lavori originali, riviste sintetiche, bibliografie, recensioni.

Gli autori di memorie originali riceveranno 50 estratti con copertina.

Dei libri mandati in dono, anche dalle Case editrici, si farà un sunto bibliografico.

ABBONAMENTO ANNUO

per l' Italia e Colonie **L. 30,** un fasc. separato **L. 10,**

« l'Estero . . . » **50,** » » » » **20.**

Per tutto quanto riguarda il Giornale, anche per le inserzioni a pagamento, rivolgersi alla **Redazione di «Il Manicomio»**

Nocera Inferiore (Salerno)

SOMMARIO DEI N. 1.

Lavori Originali:

Bibliografia:

Recensioni:

IL MANICOMIO

IL MANICOMIO

GIORNALE DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II

DIRETTO DAL

Prof. Domenico Ventra

LIBERO DOCENTE DI PSICHIATRIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
DIRETTORE DEL MANICOMIO

Anno XXXVII — 1924

NOCERA INFERIORE
TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO

1924

MANICOMIO INTERPROVINCIALE V. E. II
NOCERA INFERIORE

DOTT. CARMELO VENTRA
MEDICO ORDINARIO

Sulla nosografia e patogenesi della paranoia

Poche malattie, credo, hanno subito, come la paranoia, la tortura critica di volumi e monografie. Pareva che le pietre miliari del Kraepelin l'avessero chiusa entro confini chiari e precisi, quando il piccone della scienza psichiatrica, demolitore e ricostruttore ad un tempo, ha squarciato ancora dei veli, additato nuove interpetrazioni, aperto nuovi orizzonti. Gli studi e le ricerche si seguirono, ma con tutto ciò il quadro clinico della paranoia non è ancora ben delineato e definito. Se per poco si dà una scorsa alle monografie ed ai trattati, si trova che il capitolo della paranoia naviga ancora in alto mare. Specialmente i trattatisti francesi tendono addirittura a riaffondarla nel pelago degl'innumerevoli delirii sistematizzati, donde l'aveva tratta un lavorio annoso ed affannoso di ricerche critiche e cliniche differenziali. Si rischia così di fare un passo indietro pernicioso, e di ridare vita alla confusione tra la paranoia e i delirii sistematizzati, che già esisteva nella prima metà del secolo XIX, quando i sudetti delirii, raggruppati prima dall'Esquirol sotto la denominazione generica di *monomanie*, e differenziati più tardi sotto la qualifica specifica di *delirio di persecuzione* di Lasègue e Falret, *delirio di grandezza* di

Foville, *delirio ipocondriaco* di Morel, *delirio dei perseguitati-persecutori* di Falret, *delirio erotico, delirio mistico*, ecc., dovevano servire a rendere per intero il concetto clinico della paranoia.

Spetta al Kraepelin il merito di aver isolato e meglio individuato la nosografia di tale malattia, sostituendo alla nosografia sintomatica dei delirii sistematizzati, che generava confusioni ed errori — permettendo di classificare la stessa malattia ora, per esempio, sotto la denominazione di delirio di persecuzione, ora sotto quella di megalomania, a seconda della fase in cui questa veniva osservata — la nosografia fondata sulla natura clinica a evoluzione ben definita della malattia medesima.

Già, prima del Kraepelin, il Magnan aveva raggruppati i delirii sistematizzati in due grandi gruppi:

1. delirii sistematizzati dei degenerati;

2. delirii cronici a evoluzione sistematica, indipendenti da qualsiasi tara degenerativa.

In un'epoca posteriore, il Kraepelin distinse i delirii sistematizzati cronici in:

1. delirii non allucinatorii;

2. delirii allucinatorii.

Ai primi soltanto egli riservò il nome di *paranoia*. I secondi li riunì tutti quanti, in un primo tempo, nel gruppo della demenza precoce; in un secondo tempo poi isolò da esso i delirii più coerenti, e li raggruppò in forme intermedie tra la paranoia e la demenza precoce, sotto il nome di *parafrenie*.

Spetta dunque al Kraepelin, come dicevamo, il merito di avere precisato il concetto clinico della *paranoia*, comprendendo sotto tale denominazione quelle forme mentali *in cui si sviluppa molto lentamente un sistema delirante durevole, immutabile, accanto ad una perfetta conservazione della lucidità, come dell'ordine, nel pensiero, nella volontà, nell'azione.*

Questa definizione del Kraepelin è stata generalmente accettata dalla quasi totalità degli autori. Ma ulteriori studi e considerazioni più ponderate circa l'intima essenza della malattia, hanno precisato ancora meglio il concetto della paranoia. Perchè se la definizione del Kraepelin ci dà in modo chiaro e distintivo i

caratteri peculiari del delirio paranoico, non bisogna dimenticare che nel delirio sistematizzato paranoico non si risolve ed esaurisce tutto il concetto clinico e l'essenza intima della paranoia. Infatti noi possiamo trovare delirii sistematizzati anche in altre malattie mentali, che nulla hanno di comune con la paranoia, come, per esempio, nella frenosi sensoria, nella malinconia, e perfino nella demenza precoce (Bianchi).

La paranoia ha *la sua genesi prima al di là del delirio, in particolari alterazioni e mutamenti della personalità.* Il delirio è il *sintomo culminante,* il punto di massima rivelazione, ma non *l'essenza del processo* (Del Greco), che bisogna ricercare invece nell'*anomalia costituzionale* del paranoico (Morel, Tanzi, Morselli, Buccola, Bianchi). Sicchè, dopo questa analisi critica, siamo arrivati oggi alla definizione che della paranoia danno il Tanzi e il Lugaro nel loro classico Trattato, facendola consistere in *«un'anomalia costituzionale che rimane latente in gioventù e si manifesta col maturar degli anni, rivestendo la forma di un delirio a lenta evoluzione, coerente e fanatico, che si avvicina ai limiti estremi della verosimiglianza senza oltrepassarli: che prende alimento da ogni circostanza della vita; e che si regge saldamente col sussidio immancabile di ogni valida memoria, di una critica unilaterale, ma abbastanza acuta, di un'ostinazione tetragona alle più chiare smentite».*

Noi potremmo accettare senz'altro questa definizione, sulla quale ormai convengono la gran maggioranza degli autori, se non dovessimo fare le nostre riserve circa un punto controverso, che riguarda l'esistenza o meno delle allucinazioni, e la posizione di esse nel quadro clinico di tale malattia. Di queste riserve, che formano in buona parte l'obbietto di questo studio, avremo modo di discorrere in seguito.

Per ora ci preme di mettere in rilievo altri e non meno interessanti punti controversi circa la nosografia clinica e la interpetrazione patogenetica della paranoia.

Abbiamo detto che ancora regna la confusione tra il concetto clinico della paranoia con i delirii sistematizzati. E la prova patente di ciò l'abbiamo nel fatto che, mentre da una parte gli autori convengono che la paranoia è una malattia mentale di natura degenerativa, che trae origine da anomalie costituzionali, si sperdono,

immediatamente dopo, nell'esame unilaterale di un sintomo della paranoia, cioè del delirio paranoico, per stabilire se la genesi di esso sia intellettiva, od emotiva. Confondono così, immedesimandoli, il delirio paranoico con la paranoia, e ripetono il vecchio dissidio, che si ricollega da una parte alla dottrina del Griesinger, il quale concepiva il delirio paranoico come conseguente ad un disturbo primario della vita affettiva, e dall'altra parte a quella del Westphal e del Sander, i quali lo intendevano come una malattia primaria dell' intelligenza. Tutto ciò, perchè si dimentica facilmente che la paranoia è una *sindrome*, ed è perciò qualche cosa di più del semplice *sintomo* « delirio »; che, pure essendo il sintomo cardinale, pur tuttavia non esaurisce in sè tutto il concetto clinico e patogenetico della paranoia.

La paranoia ha origine da anomalie globali della costituzione individuale, che non si limitano unicamente alla sfera affettiva o alla sfera intellettiva, ma l'una e l'altra coinvolgono in quell'insieme di note particolari fisiopsichiche, che costituiscono la personalità individuale. Il paranoico porta con sè fin dalla nascita, latente o palese, la *tendenza* alle interpetrazioni deliranti, che è connaturata alla sua costituzione particolare, dalla quale trae origine il delirio. Perciò noi parliamo di *costituzione paranoica* o *paranoidismo*, prima ancora che il delirio sia sbocciato e si sia sviluppato.

La *evoluzione* del delirio potrà esssere colorita da una prevalente tonalità emotiva, la quale negl' individui più emotivi forma il contenuto del delirio (per es. *emozione - paura* nel delirio di persecuzione, o dei perseguitati - persecutori; *emozione gelosia* nel delirio geloso; *emozione religiosa* nel delirio mistico, ecc.); oppure materiarsi piuttosto di elementi intellettivi, a seconda del temperamento e del carattere individuale, del grado di cultura, della posizione sociale dell' individuo, del grado di evoluzione del delirio stesso.

Ma non la *genesi* del delirio può dirsi primariamente emotiva o intellettiva, giacchè, come abbiamo avvertito e come verremo in seguito a specificare meglio, il delirio deriva dalla *tendenza costituzionale anomala* alle interpetrazioni deliranti, spesso facile ad intuire *ab initio* dai mutamenti peculiari e strani del temperamento e del carattere. E poichè le anomalie costituzionali abbrac-

ciano alla loro radice, come dicevamo, tanto la vita sentimentale, quanto la vita intellettiva, ci danno ragione del fatto che non vi sia delirio prevalentemente intellettivo, il quale non sia colorito da una certa tonalità emotiva; e viceversa non vi sia delirio prevalentemente emotivo, il quale non s'accompagni nel contempo ad un'attività delirante della psiche.. Perchè tra la vita emotiva e quella intellettiva non c'è quella differenziazione precisa che alcuni pretendono. Il Morselli osserva che una scissione assoluta tra questi elementi è difficilmente concepibile da chiunque consideri che « ogni impressione, sensazione, percezione, immagine, idea, perfino ogni concetto astratto, ha un particolare colorito emotivo, e che riesce più comprensibile il pensiero unitario di psicologi come Roberto Ardigò, secondo il quale ogni stato o movimento psichico contiene sempre, anche se in grado vario e in proporzione dissimile, i tre elementi della psiche, l'affettivo, il rappresentativo e il volitivo o conativo ». Questo monismo psicologico è stato recentemente ribadito dal Ceni, ed è confermato ampiamente dalle moderne dottrine costituzionalistiche.

In queste dottrine specialmente possiamo trovare la conferma della nostra tesi, e cercare la chiave di volta per la giusta interpetrazione patogenetica della paranoia, che nella qualità di malattia essenzialmente costituzionale,può ricevere da esse luce più chiara. Il lato nuovo del neo - ippocratismo, se pure ancora il più incerto, è costituito appunto dal legame sempre maggiore, che si cerca di mettere vieppiù in evidenza, tra il soma e la psiche; e quindi il rapporto tra le malattie mentali e le condizioni organiche dell' individuo viene ad essere meglio lumeggiato da queste dottrine.

Infatti, nel concetto moderno di *costituzione*, il *soma* e la *psiche* vengono ad essere fusi in una *unità psico - fisica*, in cui la forma è l' immagine plastica della funzione.

In virtù di tale concetto, l'aspetto morfologico, il dinamico-umorale e quello psicologico vengono a costituire le tre faccie di un prisma, che rappresenta la personalità individuale.

Il Pende, traducendo in una figurazione diagrammatica il concetto di *costituzione*, lo rappresenta come « una piramide triangolare, la cui base racchiude il patrimonio dei caratteri ereditati dall'individuo e le varianti determinantisi durante le tappe evolutive: da siffatta base si elevano le tre faccie, unite l'una all'altra per i lo-

ro lati, la faccia morfologica, la faccia dinamica - umorale (temperamento), la faccia psicologica (carattere, intelligenza): la sintesi delle tre faccie è l'apice della piramide, cioè la sintesi delle proprietà vitali dell'individuo, la sua resistenza all'ambiente, il suo rendimento dinamico complessivo ».

Temperamento e carattere quindi, fenomeni psichici, sono in rapporto correlativo con tutte le altre funzioni organiche; sono ingranate, per dir così, nella fabbrica corporea dell'individuo, di cui seguono lo sviluppo ontogenetico, e sono quindi anch'essi soggetti all'azione perturbatrice di quei fattori che intervengono a disturbare l'ontogenesi nel suo sviluppo normale. E non soltanto il temperamento e il carattere, che rappresentano gli aspetti psicologici della personalità più intimamente legati alle condizioni organiche dell'individuo, sono condizionati dalla costituzione individuale, ma anche i fenomeni psichici più elevati; per cui oggi si tende a credere che non solo il cervello, ma tutto il corpo prende parte alla determinazione di quel fenomeno psichico superiore, che chiamiamo coscienza. (P e n d e)

Ciò posto, è facile intendere come una causa endogena, la quale disturbi comunque le leggi biologiche che governano l'ontogenesi individuale, debba manifestarsi più tardi, nella vita extrauterina, sotto forma di un errore di costituzione, che potrà riguardare prevalentemente l'aspetto morfologico, o il dinamico - umorale, o quello psicologico, oppure due, o tutti e tre insieme gli aspetti della personalità umana, con quelle *note dominanti* per ciascun aspetto, che varranno a stabilire appunto la caratteristica dell'anomalia individuale.

Quello tra i sistemi animali che più può risentire l'azione deleteria di tale causa, e più clamorosamente manifestarla, è il sistema nervoso, perchè è il più complicato, il meno perfetto, ed il meno stabilizzato nelle sue funzioni definitive. E bisogna notare che influenze ereditarie o biopatologiche possono generare nel sistema nervoso *in toto*, o in singole parti di esso, non solo anomalie morfologiche, ma ancora una condizione meiopragica per *ipoevolutismo chimico*, che, anche quando esso è apparentemente bene sviluppato dal lato morfologico, si manifesta sotto forma di debole resistenza all'ambiente, pauperismo nutritivo, facile usura funzionale, deviazione ed anomalia di funzione ecc., anomalia ora più localizzata in questa, ora più in quella parte del sistema nervoso (*abiotro-*

fia del Gowers) Nei paranoici noi troviamo questa gracilità del sistema nervoso; e in mancanza di lesioni anatomiche macro o microscopiche dimostrabili coi mezzi finora posti a nostra disposizione, dobbiamo pensare all'esistenza appunto di un ipoevolutismo chimico, che genera la condizione meiopragica di esso. Tale ipoevolutismo chimico perturba l'armonia funzionale delle diverse parti del cervello, che presiedono alle funzioni psichiche elementari e complesse, e nel fondo dell'incosciente vengono elaborati quei prodotti falsi che affiorano poi nel campo della coscienza, e diventano centri di condensazione di tutti i prodotti emotivi e intellettivi dell'attività cerebrale, falsati o deviati dal loro normale sviluppo.

Noi sappiamo che nel punto focale della coscienza, ed anche nel campo visivo di essa, non può essere contenuto che un piccolo numero di rappresentazioni in una data unità di tempo. Tutto il resto costituisce l'incosciente o il subcosciente, il quale fornisce tutto ciò che è necessario allo svolgimento di un pensiero o alla condotta di un uomo. Ora, perchè lo svolgimeuto del pensiero sia normale, è necessario che gli elementi di cui si compone l'incosciente « siano ben legati fra loro; che le cellule nervose siano perfettamente sane ed attive, e forniscano le mnemo-tracce con puntualità e fedeltà; che le infinite vie associative (fibre e neurofibrille) siano pervie, e risveglino, secondo leggi associative, anche nei più profondi recessi dell'oblio le mnemo-tracce correlative, e tutto questo materiale sia offerto al potere creativo dell'intelletto » (Bianchi). Perciò, quando tutte queste condizioni si svolgono in modo normale, i prodotti dell'incosciente affiorano normalmente nel campo della coscienza e si raggruppano in sintesi associative normali, che danno la normalità del pensiero. Quando invece le condizioni sudette sono turbate da una causa qualsiasi e deviate dal loro regolare svolgimento, si possono verificare due condizioni:

1. una disassimilazione *generale* più o meno profonda del processo ideativo, che dà luogo allo scompiglio delle frasi, al caos e alla confusione mentale;

2. una disassimilazione *parziale* del processo ideativo, per cui si formano « associazioni particolari di idee, che si separano dagli altri gruppi contigui e similari, si costituiscono a fenomeno indipendente ed autonomo di reviviscenza e di elaborazione nel pensiero (linguaggio interno), interrompono la regolare successione

delle rappresentazioni, e possono essere estrinsecati nella parola (linguaggio udibile) a mò di elemento intruso, più o meno bene circoscritto, che non si lega coi precedenti e coi susseguenti del discorso» (Morselli). Questo gruppo autonomo invade la coscienza, vince i gruppi antagonisti, e diventa *delirio*, attraversando tre fasi, che il Morselli distingue in modo chiaro e preciso:

a) dapprima si ha il predominio di una determinata idea, che per la sua insistenza si può designare senz'altro come *idea morbosa;*

b) quando l'idea morbosa, oltre alla frequenza insolita delle sua evocazione, ha un contenuto abnorme, essa diventa un *concetto delirante*, che per legge di associazione tende a risvegliare i gruppi consimili e contigui d'immagini ed idee, essi pure gradatamente o violentemente staccantisi dagli altri;

c) più tardi, avvenuta l'integrazione di più idee morbose in un tutto ormai inscindibile per la coscienza del malato, i concetti deliranti si organizzano e sistemano in un *delirio* propriamente detto. Così dal semplice disordine associativo si passa al disordine di contenuto ideativo.

L'idea morbosa dunque, che è il punto originario di partenza del delirio sistematizzato, si sviluppa inconsapevolmente, e invade la coscienza, lentamente o d'un tratto, senza che la coscienza abbia consapevolezza della morbosità del fenomeno. E tale idea morbosa, determinata da disturbi associativi, matura appunto nel fondo dell'incosciente, ov'è generata da quei prodotti mentali falsi, che promanano direttamente dalla particolarissima costituzione fisio-psichica del paranoico. Quand'essa invade il campo della coscienza, assume già in senso anomalo il possesso e la direzione suprema di tutte le funzioni della mente. I processi di sintesi e la funzione critica e selettiva della coscienza vengono perciò deviati dal loro normale svolgimento, e sottoposti al dominio tirannico di tale idea morbosa, che si comporta come un condensatore di tutti gli elementi falsi della psiche, ad elevato potenziale energetico. Anzi pare che l'energia mentale che si costringe in questi condensatori anomali della psiche, sia a scapito dell'energia necessaria per elevare il tono di altri prodotti mentali, che dovrebbero agire in senso antagonista al delirio, ed esercitare su di esso quell'azione correttrice, che darebbe al paranoico il senso obbiettivo della real-

tà, e lo guiderebbe verso la giusta valutazione dei propri rapporti con sè stesso e con l'ambiente.

Ora, il fatto che il lavorio dell'incosciente, legato direttamente alle condizioni organiche dell' individuo, elabora una idea morbosa, che, quando arriva alla coscienza, diventa autonoma e dispotica al punto da non subire menomamente l'influsso correttore di correnti antagoniste di pensiero, le quali anzi a poco a poco affievoliscono del loro potenziale energetico, quasi fino ad annullarsi completamente, dimostra che nel cervello del paranoico esiste una disfunzione costante, rettilinea, sistematizzata, ch'è in diretta dipendenza dalla sua particolare costituzione. Quali siano le condizioni organiche, le quali diano luogo a tale disfunzione, e quindi alla tendenza, alla manifestazione e all'evoluzione ulteriore del delirio, non ci è lecito precisare. La mancanza di reperti positivi macro e microscopici ci autorizza ad escludere una base anatomopatologica, dimostrabile coi mezzi di cui attualmente disponiamo. Non ci resta quindi che pensare a un disturbo funzionale cronico del cervello di natura biochimica. Se però tale disturbo sia dovuto ad una condizione abiotrofica o meiopragia autoctona del cervello, oppure sia secondario e conseguente ad una particolarissima disfunzione cronica del sistema endocrino, che agisca costantemente sul chimismo cerebrale, non è agevole determinare.

Certamente però la ipotesi che la costituzione delirante possa essere legata a disturbi biochimici del sistema nervoso di origine endocrina, non è campata in aria, se si tiene presente l'azione chemioregolatrice degli ormoni sui vari elementi organici — e quindi anche sulle cellule cerebrali e sulle fibre nervose — e se specialmente si considerano gl' intimi rapporti che passano tra la funzione di alcune ghiandole endocrine (corteccia surrenale, timo, cellule interstiziali e cellule luteiniche, lobo ipofisario anteriore, ecc.) ed il ricambio dei lipoidi dell'organismo.

E' noto che i lipoidi (colesterina, cefalina, sfingomielina, cerebrosidi, solfatidi, sfingogalattosidi, ecc.) costituiscono i 2|3, in cifra tonda, della sostanza secca del cervello normale (Carbone e Pighini) Questi costituenti lipoidei, presenti in tutte le regioni del nevrasse, sono in esso distribuiti in percentuali e rapporti differenti, a seconda delle regioni stesse e degli strati. La scuola del F r ä n k e l ha iniziato degli studii, tendenti a costruire su solide basi speri-

mentali la composizione chimica dei diversi segmenti del cervello e del midollo spinale, e creare così un'anatomia chimica del sistema nervoso. Parimenti un indirizzo moderno di studi tende a mettere in rapporto le manifestazioni cliniche di alcune malattie mentali con la localizzazione delle lesioni in determinati strati e in determinati lobi del cervello (Southard).

Il Pighini, esaminando i risultati dell'analisi chimica su cervelli soggetti a malattie mentali degenerative, evolventi verso il quadro clinico terminale di demenza (demenza paralitica, demenza precoce, demenza pellagrosa), ha trovato che queste malattie, differenti per etiologia e patogenesi, convergono nel loro ciclo clinico verso la forma ultima demenziale, « ed all'esame istologico presentano, in fasi affini d'intensità, immagini affini: prodotti lipoidei di disfacimento in seno al tessuto e ai suoi elementi, sviluppo di cellule ameboidi e di cellule granulose perivasali, degenerazione lipoidea progressiva delle cellule nervose »: e conclude che « l'organo nervoso centrale (midollo compreso, nella pellagra) soggiace in esse ad una progressiva degenerazione, *che dà fisonomia propria alle singole forme cliniche, a seconda della sua localizzazione topografica nel tessuto, della sua intensità, della sua qualità* ».

Sicchè la peculiarità di una sindrome mentale dipende tanto dalla particolare localizzazione della lesione in determinati strati e in determinati lobi del cervello, quanto dall'entità e dalla natura della lesione medesima, che può essere anatomica e chimica.

E' ovvio quindi pensare che un'alterazione del ricambio normale dei lipoidi debba generare disturbi funzionali del sistema nervoso, e che questi disturbi si manifestino sotto diverso aspetto clinico, a seconda della diversità della sede, dell'intensità del processo chimico morboso, e della qualità dei lipoidi, a carico dei quali detto processo si è svolto.

Ora noi sappiamo che l'azione tossica di alcuni veleni, come, per esempio, le tossine batteriche della tubercolosi, del tetano, della malaria, della lebbra, della pellagra, ecc., l'alcool, ecc., possono produrre in alcuni individui dei veri e propri delirii. I delirii alcoolici specialmente cadono sotto l'osservazione quotidiana.

E' noto d'altro canto che le tossine batteriche sudette, l'alcool, ed altri simili veleni, hanno una particolare affinità verso i

lipoidi dell'organismo (B o r c h a r d t). L'alcool specialmente è considerato come un veleno essenzialmente lipoideo.

Ciò posto, ricordando gli intimi legami che passano tra i lipoidi e gli ormoni di alcune glandole endocrine, nonchè l'azione elettiva di essi sopra determinati e distinti segmenti del nevrasse (ormoni vagotonici, ormoni simpaticotonici, ecc.,) analoga all'azione elettiva di alcuni veleni o farmaci, come l'alcool sulle fibre del corpo calloso, la tossina luetica sulle radici e fasci posteriori, la cocaina sulle corna posteriori, ecc., si può con buona ragione indurre, per analogia, che una particolarissima anomalia costituzionale endocrina, di cui, allo stato delle conoscenze, non possiamo precisare nè la sede, nè la natura, nè l'entità, agisca cronicamente sul ricambio dei lipoidi di alcune zone del cervello, per ora imprecisabili, ne rompa il normale equilibrio chimico, già reso labile da una condizione d'ipoevolutismo costituzionale, e generi un processo irritativo cronico o una disfunzione cerebrale. Tale processo irritativo cronico o tale disfunzione cerebrale si compie poi in senso tale, che ne deriva, per dissociazione del processo ideativo e per insufficiente fusione armonica dei componenti psichici normali, un perturbamento dei poteri appercettivi, e quindi la formazione di un delirio, che matura prima nel fondo inesplorato dell'incosciente, affiora poi nel campo della coscienza come prodotto falso della mente, diventa centro anomalo di condensazione degli ulteriori prodotti psichici falsati o deviati dal loro normale sviluppo, e domina e guida in senso delirante tutto lo svolgimento ulteriore della personalità psichica del paranoico.

Ammettendo quindi che in virtù di un processo degenerativo si formi nello sviluppo ontogenetico dell'individuo quella particolare anomalia che costituirà il fondo costituzionale degenerativo del paranoico, e che questa anomalia costituzionale abbracci insieme il sistema nervoso ed il sistema endocrino nei loro reciproci rapporti, si può pensare che una condizione di meiopragia dei due sistemi resti per un certo tempo in equilibrio instabile, e dia luogo alla manifestazione sintomatica del *paranoidismo costituzionale*, che però ancora non è la paranoia. Più tardi, per cause occasionali, si rompe l'equilibrio della situazione ormonica, già labile per vizio costituzionale, e determina nel sistema nervoso centrale quei disturbi particolari, che si manifestano sotto forma di tendenza alle interpetrazioni deliranti.

Tale nostro concetto può essere avvalorato dal fatto che i fenomeni degenerativi somatici e psichici, che con tanta frequenza si osservano nei malati di mente (Parhon), possono restare per un certo tempo latenti, ed essere rivelati e consolidati da intercorrenti disturbi endocrini (Vidoni).

E degno di nota il fatto che la paranoia cronica primaria si delinea ordinariamente all'epoca della pubertà e si accompagna spessissimo a disturbi dimostrabili della sfera sessuale, che si manifestano più o meno clamorosamente in quest'epoca, oppure si accentuano progressivamente, se già esistevano. Questa coincidenza tra la rottura dell'equilibrio ormonico e la configurazione più precisa e ormai definita della malattia, ha senza dubbio un significato che non è da trascurare nella patogenesi della paranoia.

Più ancora: la paranoia acuta, che si manifesta come di sorpresa, nel bel meglio della salute, dopo un periodo di malessere della durata di qualche giorno, ovvero durante la convalescenza di una malattia acuta infettiva (tifo, influenza, vaiuolo, ecc.) esordisce con mutamento improvviso del temperamento e del carattere e con disturbi notevoli della cenestesi (addominale, gustativa, ecc.). Parimenti la paranoia tardiva, che ordinariamente si manifesta all'epoca del climaterio, o dell'età presenile, o senile, esordisce come una vera e propria cenestopatia ipocondriaca, con modificazioni vivaci dell'umore, sopra un fondo neurastenico acquisito (Bianchi). Ora, secondo vedute recenti alle quali anche noi abbiamo in via di studio un contributo clinico, si tende appunto a dare ai disturbi della cenestesi una origine endocrina (Goldstein); talchè questi disturbi iniziali della cenestesi, che aprono l'esordio della paranoia acuta e tardiva, possono benissimo stabilire dei rapporti di causalità tra queste forme deliranti e disturbi intercorrenti della situazione ormonica, per cause endogene od esogene.

Questo concetto non è pregiudicato affatto dalla diversità delle forme cliniche. Le sindromi cliniche naturalmente obbediscono ad un criterio clinico di classificazione. Ma certi sintomi comuni, sebbene si manifestino in ciascuna di esse con caratteristiche cliniche particolari, possono benissimo, dal punto di vista della loro patogenesi, essere riportati ad un minimo comune denominatore, che rappresenta le condizioni biopatologiche necessarie e sufficienti, perchè un dato sintomo abbia origine, salvo poi ad avere una sua particolare

evoluzione, a seconda della forma clinica di malattia, nella quale è inquadrato. Sicchè il sintomo *delirio*, che può essere comune a diverse malattie, come la paranoia, le forme demenziali, le psicosi tossiche, ecc., può benissimo ripetere la propria origine dalla lesione di un dato gruppo di cellule nervose, o di particolari componenti biochimici di gruppi cellulari, e svolgersi poi, nelle diverse, malattie, secondo un aspetto clinico diverso, dipendente dalla vastità, intensità, durata, complessità, ecc. del processo morboso, variabile nei diversi casi clinici, e più sostanzialmente ancora nelle diverse malattie. Le moderne vedute sulla biochimica del cervello nei rapporti con la patogenesi delle malattie mentali, ci danno ragione del nostro assunto. Ciò posto, nulla vieta di pensare che, in certi casi, particolari disturbi acuti o cronici del sistema endocrino possano determinare direttamente nel sistema nervoso quei processi patologici necessari, oppure preparare in esso il terreno organico indispensabile, perchè il fenomeno psichico *delirio* abbia la sua origine primaria.

E' noto infatti che sindromi deliranti possono essere generate da disturbi di ghiandole endocrine, e specialmente delle ghiandole sessuali.

La tiroide è da tempo considerata come la ghiandola dell'intelligenza e dell'emotività, ed ha una funzione importantissima nei processi associativi e percettivi, e sulle modificazioni dell'intelligenza e del carattere. In alcuni casi anzi i disturbi della tiroide possono dar luogo a disturbi psichici a carattere delirante, come quelli delle psicosi tossiche.

Rènaud ammette una forma di vero delirio di persecuzione di origine tiroidea.

Il Del Greco, fin dal 1898, aveva considerato la paranoia come *tipica degenerazione o disordine del carattere*. E noi sappiamo già come il carattere individuale sia condizionato da fattori costituzionali morfologici e umorali, dipendenti dalla situazione ormonica dell'individuo.

Il Kretshmer ha creato addirittura dei tipi psichici (ciclotimico, schizotimico e picnico) corrispondenti ad altrettanti tipi morfologici, i quali nonostante le obbiezioni dell'Ewald, del Bleuler, del Ruata, ecc. portano nuova luce nello studio delle malattie mentali.

Il P e n d e ha fatto degli studi interessantissimi sui tipi umani somatico - psichici (*tipi tachipsichici, bradipsichici, ecc.*), dimostrando con una meravigliosa collana di fatti, l'influenza che hanno sul cervello il simpatico e il parasimpatico, e mettendo in rilievo «la regolazione trofica del cervello per opera del gran simpatico, per cui tutte le funzioni psichiche devono sottostare a questo grande dominatore della condizione fondamentale della vita di qualunque tessuto, non escluso il tessuto cerebrale». E noi sappiamo ormai che la funzione del gran simpatico ha un aiuto potente e verosimilmente inscindibile nel sistema ormonopoietico od endocrino, per cui oggi si parla di *correlazione neuro - chimica od endocrino - simpatica.*

P a r h o n e O d o b e s c o hanno descritto nel 1914 una sindrome psico - endocrina caratterizzata, dal punto di vista psichico, da una grande irascibilità e idee persecutorie, e, dal punto di vista somatico, da disturbi ovarici e tiroidei.

Il L a i g n e l - L a v a s t i n e ammette la possibilità di delirii sistematizzati con o senza allucinazioni, per disturbi dell'ovario, del testicolo, della prostata, dei surreni.

Il B u s c a i n o pensa che la psicologia di alcune idee deliranti si può considerare come condizionata da fatti d'ipertiroidismo.

E così via; potremmo citare ancora l'opinione di altri autori, che ammettono l'influenza delle glandole endocrine nella genesi dei delirii.

Ci pare quindi probabile l'ipotesi che uno stato d'iper, d'ipo, o di disfunzione cronica di una o più glandole endocrine, agendo sopra un sistema nervoso in condizione di meiopragia o abiotrofia costituzionale, possa determinare la tendenza ad interpetrare in senso delirante i rapporti dell'individuo con l'ambiente esterno.

Cosicchè anche l'ipotesi del W e r n i c k e circa la patogenesi della paranoia per interruzione delle vie associative, ond'egli formula la dottrina delle disgiunzioni dei componenti psichici, se manca di basi anatomopatologiche, può benissimo essere ripresa e rivalutata, in base alla considerazione che l' interruzione delle vie associative, se non è di natura anatomica, può essere di natura biochimica, per una particolare azione cronica perturbatrice del sistema endocrino sul ricambio organico del tessuto nervoso.

Attraverso quale meccanismo patogenetico neuro - psico - endocrino tutto ciò possa avvenire, non è facile precisare, allo stato

attuale delle conoscenze circa i rapporti tra sistema endocrino e malattie mentali.

Però, se in atto nessuna conclusione positiva siamo autorizzati a trarre circa l'influenza specifica delle glandole endocrine nella patogenesi della paranoia, troviamo per contro nelle dottrine costituzionalistiche il conforto e la conferma valida della nostra tesi, che, cioè, nella nosografia della paranoia non bisogna parlare nè di genesi emotiva, nè di genesi intellettiva del delirio, ma bisogna considerare il delirio come germogliante della *tendenza costituzionale* del paranoico alle interpetrazioni deliranti; tendenza che si sprigiona dal fondo grigio della particolare costituzione anomala del paranoico, e pone quindi la genesi della paranoia *al di là del delirio, nella costituzione stessa dell' individuo.* In base a tali considerazioni, la distinzione della paranoia in forme *emotive - intellettuali* ed in forme *emotive - sensoriali* non ha, ragione d'essere dal punto di vista patogenetico, e può servire soltanto a indicare il colorito diverso e il diverso contenuto del delirio paranoico.

* * *

Un altro punto controverso riguarda l'esistenza o meno delle allucinazioni nella nosografia della paranoia.

Il Kraepelin quasi le esclude, ed assegna scarsa o quasi nulla importanza all'elemento senso - affettivo nel delirio paranoico. Egli scrive che « veri disturbi psico - sensoriali sono molto più rari che la elaborazione delirante di osservazioni reali; e che solo in singoli casi numerose allucinazioni, specialmente dell'udito e dell'odorato, accompagnano per lungo tempo il decorso morboso: di regola si ha solo di tempo in tempo un'allucinazione uditiva, per lo più una sola parola o una breve frase ».

Per contro lo Schüle distingue dei casi in cui i disturbi sensoriali sono primarii, ed altri casi in cui sono secondarii nella genesi del delirio.

Il Krafft Ebing scrive: « Il nucleo di questa forma (paranoia) è costituito dalle idee deliranti il cui primitivo significato ci è reso palese dalla mancanza di ogni fondo emotivo o di un qualsiasi processo di riflessione, che abbia dato origine alle idee deliranti ».

Il Serieux e Capgras scrivono nel Trattato di Psichiatria del Sergent che «la costitution anormale, appellée costitution paranoique, d'où dérive les psychoses *non hallucinatoires*, se revèle par un disquilibre intellectuel et affectif», consistente quest'ultimo in una iperestesia affettiva notevole.

Nel XIV. Congresso della Società Freniatrica Italiana ebbero peso le idee del Kraepelin, tanto che fu accettata la seguente conclusione: «la paranoia è una forma di alterazione psichica costituzionale degenerativa, che colpisce prevalentemente la sfera intellettuale, ed è sostenuta da un sistema delirante incrollabile, non influenzato ordinariamente da disturbi allucinatorii, e che non turba la lucentezza mentale e lascia integra la volontà».

Il Tamburini asserisce che la paranoia è talvolta accompagnata soltanto da scarsi fatti allucinatorii.

Il Cristiani dichiara di non aver visto mai nei paranoici puri l'allucinazione vera e propria.

Il Tanzi ed il Lugaro scrivono nel loro Trattato che «i paranoici sono assai di rado allucinati, e che le allucinazioni sono un fenomeno eccezionale».

Il Lugiato parimente scrive che «nel periodo di delirio conclamato si può manifestare anche qualche vero fenomeno allucinatorio, che suggella sempre più lo stato delirante e lo rende più che mai immutabile e tenace. Le vere allucinazioni però sono piuttosto rare e si presentano con maggiore frequenza nelle forme persecutive e più ancora nelle forme riformatorie religiose. Talvolta però queste possono rappresentare semplici vanterie, invocate per rafforzare l'efficacia della loro propaganda. In altri casi il fenonomeno allucinatorio può presentarsi in modo clamoroso ed una sola volta e costituisce l'episodio inaugurale del delirio, oppure la causa determinatrice di una recrudescenza dello stato delirante».

Nel volume «La pratique psychiatrique» di Laignel-Lavastine, André Barbé et Delmas, si legge: «Le délire d'interprétation (sinonimo, secondo gli autori, di paranoia semplice) est un délire à base d'interprétations délirantes. Ce caractère positif s'oppose à un caractère negatif, qui est l'absence des hallucinations. Il n'existe pas des hallucinations chez les vrai interprétants; elles n'y surviennent qu'exceptionnellement, accidentellement, et transitoriemente, à l'occasion des épisodes confusionnels qu'on peut

voir apparaitre chez eux à la suite de paroxysmes anxieuse ou d' infections intercurrentes ».

Il Bianchi, ponendo a base della genesi del delirio paranoico uno stato emotivo anormale, che agisce per condizioni affatto personali, ora sul pensiero direttamente e sul processo di sintesi, ora sul campo sensoriale, distingue una paranoia semplice intellettuale ed una paranoia allucinatoria. E dice allucinatoria la paranoia, quando le allucinazioni, provocate da un alto potenziale emotivo, sono a contenuto uniforme e determinano una corrente (paranoica) di pensiero, vale a dire che non offendono il potere logico e non inducono confusione.

Il Grimaldi *junior* arriva addirittura a parlare esclusivamente di una genesi senso - affettiva del delirio paranoico di persecuzione.

Come si vede, il contrasto fra i diversi autori è palese e stridente. Mentre il Kraepelin ed altri escludono quasi in modo tassativo la presenza delle allucinazioni nella paranoia, ed arrivano anzi a fare della mancanza di esse uno dei caratteri distintivi e fondamentali della forma clinica in parola, il Bianchi invece ammette l'esistenza di una forma distinta di paranoia allucinatoria, in cui le allucinazioni hanno il valore di fattore patogenetico. Fra queste due concezioni estreme abbiamo visto allogarsi opinioni meno esclusiviste di alcuni autori, i quali concedono alle allucinazioni un angolo modesto, accidentale, quasi episodico, nel quadro clinico della paranoia.

A noi pare che gli autori citati non abbiano assegnato alle allucinazioni il posto giusto, che loro compete nella malattia di cui discorriamo. Alcuni sono troppo esclusivisti, fino a negarle; altri sono troppo corrivi, fino a creare una forma differenziata di paranoia allucinatoria; altri invece sono incerti ed ambigui.

La revisione dei casi riportati dagli autori, e lo studio accurato di quelli che son capitati sotto la nostra osservazione, ci hanno convinti che le allucinazioni nei paranoici sono più frequenti di quel che non sembri, e possono essere non episodiche, o scialbe, o uniche, manifestantisi, quando si riesce a notarle, una sola volta nel corso della malattia, ma piuttosto frequenti, multiple, vive, durature, di natura e colorito vario, senza che per la loro presenza venga comunque ad essere scalfita nella sua precisa individuazione

clinica la figura inequivocabile di una vera e propria forma di paranoia, e senza che la loro presenza possa peraltro autorizzare la distinzione di una forma allucinatoria della paranoia, nel senso voluto dal Bianchi.

Il Bianchi invero, più degli altri autori, dà alle allucinazioni un posto importante nella nosografia della paranoia; però egli crede che le allucinazioni dei paranoici, originate da un alto potenziale emotivo e manifestantisi con contenuto uniforme, abbiano in alcuni casi la intrinseca virtù di originare una corrente paranoica di pensiero, senza offendere il potere logico e senza indurre confusione. In questo caso sono le allucinazioni che fanno sbocciare il delirio paranoico, e vengono così a creare una forma distinta di paranoia allucinatoria, in cui le allucinazioni hanno, come dicemmo, l'importanza di fattore patogenetico.

A noi non pare che tale concezione abbia riscontro nella realtà clinica obbiettiva, per molteplici ragioni. In primo luogo bisogna che noi ricordiamo quello che precedentemente abbiamo detto circa la patogenesi della paranoia, che cioè essa si trova al di là del delirio, nella costituzione stessa del paranoico, e che il delirio è un sintomo, che si manifesta più o meno tardivamente, e si organizza nel corso ulteriore della malattia. Ma occorre ancora notare che, se il delirio nasce dalla costituzione paranoica del soggetto, le allucinazioni vengono dopo del delirio, quand'esso cioè si è già manifestato e sviluppato, ed hanno con esso rapporti di concomitanza, non di efficienza. Anzi si può dire che le allucinazioni, lungi dal determinare esse stesse il delirio, siano originate talvolta dal delirio medesimo, ch'eleva spesso ad alto potenziale la tensione psichica. Il Tanzi e il Lugaro affermano che nei deliranti cronici le allucinazioni, specialmente configurate « hanno un'origine ideativa, sono, cioè, l'eco patologicamente rinforzata di rappresentazioni che hanno balenato, sia pure fugacemente, nello spirito dell'ammalato. In tali casi le allucinazioni sono *subordinate al pensiero* e rasentano spesso una certa ragionevolezza formale ».
Le allucinazioni servono di documento al delirio; sono una realtà subbiettiva, che il paranoico utilizza spesso come testimonianza del suo delirio, il quale ad esse si abbarbica e le assimila, come si abbarbica ed assimila tutto ciò che può fornire materia al suo vital nutrimento. Le allucinazioni dunque possono agire in alcuni

casi di paranoia soltanto come rafforzatori e condensatori del delirio, non mai come generatori del delirio medesimo. Non sempre però le allucinazioni alimentano il delirio, elevandone il tono e il colorito. Molte volte esse si svolgono accanto al delirio in rapporti di buona vicinanza, senz'essere da questo assorbite e utilizzate. Spesso i paranoici parlano delle loro allucinazioni, come se raccontassero una fiaba. Essi credono alla realtà obbiettiva delle loro allucinazioni, ma queste rimangono al di fuori del delirio, e si aggirano attorno ai confini della personalità delirante, senza avere per il paranoico alcun significato particolare, e senza far vibrare le corde della vita intellettiva ed emotiva.

Un altro fatto bisogna ancora notare, ed è questo: non è esatto che le allucinazioni dei paranoici siano a contenuto uniforme. Noi abbiamo già notato che le allucinazioni dei paranoici sono varie per contenuto, natura, frequenza, durata, intensità, ecc., e possono essere visive, uditive, psichiche, oniriche, ecc., semplici, configurate, o combinate, ora scialbe ed inefficaci, ora disturbatrici delle correnti emotive ed intellettive del paranoico, senza avere però la potenzialità disgregatrice della mente, che in altri casi è la caratteristica principale del fenomeno allucinatorio.

A maggiore chiarimento delle idee precedentemente esposte, ci piace illustrare qui un caso clinico, che sembra assai dimostrativo delle tesi assunte. Si tratta di una giovane, ricoverata fin dall'ottobre 1921 nel Sanatorio « Villa Chiarugi » diretto dal prof. D. Ventra e del Dott. Canger, che abbiamo avuto modo di seguire e studiare quotidianamente, in qualità di medico del Sanatorio medesimo.

STORIA CLINICA

Anamnesi

L'anamnesi è stata raccolta da un fratello della Signorina, intelligente e colto, e non facciamo che trascriverla integralmente:

« I. T. ha 38 anni; appartiene a famiglia in cui il sistema nervoso è molto debole, specie nel padre; la nonna paterna fino a tarda età fu affetta da fissazione religiosa, tale però da renderla compatibile con

l'ambiente familiare; un vecchio antenato fu nel 1848 ricoverato in una casa di salute in Napoli per demenza.

Ereditò tutta l'intelligenza paterna ed il carattere sentimentale, affettuoso ed eminentemente malinconico della povera madre, morta a 59 anni di bronco alveolite.

Fu allevata con latte materno; da piccola soffrì di eczema alla testa ed alla persona, ebbe nell'adolescenza il tifo e nell'età adulta (circa 5 anni or sono) una violenta febbre spagnuola.

Fin dall'adolescenza soffrì di asma bronchiale, che, nell'età adulta, ebbe maggiormente ad intensificarsi, esplicandosi con forti attacchi, durante i quali emetteva grida acutissime, che rappresentavano l'unico sollievo nella respirazione.

Fu curata nell'adoloscenza con bagni con la spugna ed altre medele ricostituenti, prescritte da dottori di Avellino e di Napoli.

Nell'età adulta l'asma divenne la maggiore sofferenza, riproducendosi annualmente solo nei mesi freddi e nelle giornate umide; nè giovarono i bromuri di canfora, le sigarette di stramonio, l'acqua calda alle mani, i suffumicatori con polvere d'abissina, gli sciroppi, le iniezioni ricostituenti e, nelle forme acute, nemmeno le iniezioni di morfina.

Di carattere sentimentale, sensibilissima fino al punto da commuoversi al suono di una romanza musicale, concepì spesso passioni insussistenti ed immaginarie, scambiando le più normali cortesie di qualche giovanotto in una pretesa manifestazione d'amore; quasi sempre malinconica, religiosissima e filantropa.

Rimasta orfana di madre, perduto il fratello in guerra, è costretta durante la guerra a restare sola col padre per effetto della chiamata alle armi di 6 fratelli, divenne sempre più eccitabile, ebbe spiccate tendenze all'avarizia, concepì gelosie immaginarie e persecuzioni insussistenti.

Il suo carattere morale ebbe profonda trasformazione dopo la morte della madre, il cui dolore nei primi giorni della perdita si manifestò nelle forme più strane. Ebbe infatti pianti, convulsioni, notti insonni, ed è caratteristico che spesso dal pianto passava repentinamente al canto ed al riso inconsulto, misto di lagrime e di parole strane.

Fu ciò la prima fase impressionante che ebbe a 24 anni, dopo la perdita della madre.

Nella sua solitudine, durante il tempo della guerra, intravide attraverso la corrispondenza della quarta pagina del giornale il *Mattino* un' immaginaria passione per un cugino, ritenendo che fosse diretta a lei, e, nello stesso tempo, cominciò a nutrire astio verso il padre e la zia (madre del detto cugino) nella credenza che le ostacolassero questo preteso amore, non suscitato da alcuna manifestazione reale e seria, tranne le più normali cortesie, dovute in qualche rara visita e non altro.

Ossessionata da tale passione, cominciò a preoccuparsi del suo avvenire, divenne avara, irrequieta, esplicando il suo nervosismo contro il padre e le persone di servizio.

Nel dicembre del 1919, dopo 4 o 5 mesi dalla febbre spagnuola, ebbe una crisi violenta, durante la quale perdette la coscienza, abbandonandosi ad atti inconsulti, misti di canto, di pianto, d'insolenze ed anche di violenza, tanto che si fu costretti a rinchiuderla in una casa di salute in Napoli, dove si recò di sua spontanea volontà.

Quivi persistette nelle stesse idee, ma ben presto il preteso amore per il cugino si tramutò in odio, e conservò sempre il suo risentimento verso il padre e la zia, manifestandolo con lettere e parole insultanti.

Nella casa di salute in Napoli migliorò fisicamente, impinguando, e vi rimase per 8 mesi, dopo di che si credette utile farla rientrare nella casa paterna in Avellino, avendo avuto un periodo di 3 mesi di tale calma e normalità, da credere che fosse guarita.

È da notare che durante la permanenza nella casa di salute, essendo una volta uscita insieme alla suora, per appagare il suo desiderio di fare una visita ad una zia, mentre sembrava molto calma, d'un tratto si abbandonò nel salotto ad atti di violenza, che determinarono poi una delle solite crisi. Durante la sua permanenza nella casa di salute a Napoli, fu sempre difficile somministrarle dei medicinali per il timore che aveva di possibili veleni, e le crisi coincidettero quasi sempre col periodo della mestruazione, di cui era notevole il ritardo.

Rientrata in casa nell'agosto 1921, fu condotta in una villa in campagna insieme al fratello primogenito, in cui ebbe sempre fiducia, e ad apposita assistente, lontana dal padre. Durante un periodo di due mesi si mostrò calma, normale, ed il suo risentimento verso il padre, se non svanì del tutto, fu di molto affievolito. In questo elasso di tempo, ac-

cudì alla casa, sistemò i suoi interessi presso le Banche, fece acquisto di titoli al portatore, visitò parenti ed amici, nè ebbe malanni o la solita asma bronchiale, forse anche per effetto della buona stagione.

Ben presto, però, l'idea fissa di persecuzione si riacutizzò e prese il sopravvento.

Cominciò con l'odiare l'assistente, una sera scappò dalla villa in città, rifugiandosi presso una famiglia amica e, durante una notte, cercò anche di eludere la vigilanza domestica, per partire alla volta di Pompei.

Nella villa di Avellino giunse perfino a barricarsi in casa, assumendo di voler restare sola; e non appena fu possibile riaprire la porta d'ingresso, cominciò a gridare dalle finestre invocando aiuto e protezione contro i suoi immaginari aggressori.

Pervasa dall'idea di persecuzione, si recò in Questura per denunziare il padre, il fratello, il medico curante, ed il Direttore della Casa di Salute in Napoli, assumendo che tutti avevano attentato alla sua vita, cercando di avvelenarla.

Nella sera del 24 settembre 1921 ebbe vere e proprie allucinazioni, vedendo nelle mani dei familiari e del fratello armi insussistenti e, pervasa dalla paura, rimase in piedi tutta la notte, cercando di vincere il sonno in mille modi, e ricorrendo con preghiere a santi e madonne, perchè le evitassero il pericolo di essere uccisa.

Passata la notte si recò in Chiesa per ringraziare Iddio dello scampato pericolo e si abbandonò ad atti di elemosine e di elargizioni.

Nei giorni successivi si mostrò calma, quasi contenta di aver saputo resistere ai suoi persecutori, ai quali lanciava atti di scherno.

In questo periodo ebbe un sacro orrore della casa di salute, e preveniva il pericolo che la si potesse di nuovo ricondurvela, conquestandosi con persone amiche contro il padre e mettendo innanzi il suo preteso perfetto equilibrio mentale.

È considerevole notare che durante la permanenza in casa, mentre fisicamente appariva florida, ebbe sempre sensazioni di freddo, anche nelle giornate più calde del mese di luglio, fino al punto da sopportare 9 e 10 coltri di lana, che la mestruazione fu sempre ritardata, che spesso avvertiva dolori di testa e non ebbe alcuna regola nell'alimentazione, giacchè mangiava successivamente in tutte le ore, ricorrendo spesso a

bevande eccitanti, quale il caffè, e ciò per vincere, a suo modo di vedere, una snervante debolezza.

Dopo gli ultimi accessi dell'ottobre 1921, si fu costretti con dolorosa violenza a rinchiuderla nella Casa di Salute dei professori Ventra e Canger in Nocera Inferiore, dove attualmente trovasi. In questo periodo di tempo non mancarono degli accessi deliranti, dovuti all' idea predominante di persecuzione da parte del padre, quasi sempre consecutivi o concomitanti ad attacchi d' asma, ma furono meno intensi e di breve durata.

Ha avuto mesi di calma, durante i quali si è manifestata eccessivamente espansiva verso il padre, scrivendogli lettere affettuose, inviandogli spesso regali.

L' idea religiosa si è invece maggiomente intensificata ed i sogni tristi e lieti contribuiscono a renderla, secondo la natura di essi, malinconica, tranquilla o anche eccitabile.

Adorna la sua cameretta d' immagini sacre, di lampade votive, mostrandosi rassegnata di stare nella Casa di Salute, di cui valuta tutta l' importanza, a quanto si desume dagli sfoghi fatti col fratello.

Nei periodi di calma spesso è uscita col fratello maggiore, verso il quale si mostra costantemente affettuosa e buona, dimostrando di aver piacere di trattenersi in sua compagnia e di discutere anche di cose familiari.

Fenomeno notevole è la facilità di fare dei versi, con i quali allude sempre alla madre defunta, al padre che la perseguita, alle suore ed ai medici curanti.

Le visite del padre (due nel corso di un anno) hanno recentemente determinato una crisi, seguita subito da pentimento e lettere di scuse ».

Stato attuale :

La paziente è stata ammessa nella Casa di Salute « Villa Chiarugi » il 7 ottobre 1921 in una fase di eccitamento psichico notevole. Gridava, piangeva ed imprecava contro i suoi pretesi persecutori, ma nello stesso tempo non reagiva, e si mostrava quasi contenta di essere stata da essi allontanata.

Calmatasi, dopo premurose esortazioni delle suore e del personale di assistenza, è stata condotta nella camera assegnatale, e vi si è sistemata. Però pretendeva la chiave, per chiudersi dentro la notte, intravedendo in tutto e in tutti le fila di un complotto ordito per ucciderla. Medici e suore erano d'accordo con la famiglia, per metterle il veleno nei cibi, o per farla assassinare. Insisteva per prepararsi lei da mangiare; a volte rifiutava quei cibi che le pareva potessero essere avvelenati, a volte mangiava nello stesso piatto di qualche altra ricoverata compiacente. Spesso interpetrava in senso delirante atti dell'abituale vita quotidiana del Sanatorio, credendo d'intravedere in essi preparativi per tirarle dei colpi di fucile ora dalle finestre, ora dai corridoi, ora dal giardino. E' religiosissima, e crede nell'aiuto di dio, che deve far fallire tutte le mene dei persecutori. Qualche volta ha chiesto di andare al Santuario di Valle di Pompei, e la si è accontentata. Una volta è andata in compagnia del fratello maggiore, ed ha fatto per via delle scenate clamorose, perchè diceva che il fratello voleva condurla a Pompei, per farla uccidere.

Ordinariamente si mantiene calma; di tanto in tanto ha delle crisi di eccitamento.

Il delirio di persecuzione perdura invariato, e nonostante tutti i ragionamenti ed i tentativi di persuasione in contrario, si rafforza in esso, e trae da tutti gli elementi possibili ed immaginabili la pretesa documentazione di quanto ella crede si congiuri a suo danno. Sul tronco del delirio di persecuzione si è impiantato a poco a poco un delirio mistico, più scialbo, per cui compie continuamente pratiche religiose, e si dice protetta dalla divinità, che la ispira in ogni atto.

Di tanto in tanto è colta da accessi di asma bronchiale, che la fanno molto soffrire. All'infuori di polveri e sigarette antiasmatiche, non ammette altra cura, e si ribella contro ogni tentativo terapeutico. Ogni accesso di asma è provocato, a suo dire, da sostanze venefiche messe nei cibi, per ucciderla. Il delirio è sempre vivace, con esacerbazioni accessuali, durante le quali la malata diventa eccitata, diffidente, sospettosa, guardinga, meno socievole. Alle crisi di eccitamento succede abitualmente un breve periodo di allegria, espansività, confidenza ec-

cessiva. Dopo qualche giorno, ritorna diffidente, meno socievole, di umore variabile.

Esame somatico :

E' una giovane di statura normale, piuttosto robusta, ben nutrita. Lo sviluppo scheletrico è normale, e non presenta deformazioni di sorta. Il colorito della cute è bianco - roseo. Alla faccia e alle braccia notasi ipertricosi lanuginea. I padiglioni delle orecchie, specialmente verso il lobulo si presentano succolenti. Il lobulo è sessile. Dietro il padiglione si nota un eritema essudativo cronico. Chiazze di eritema essudativo si trovano diffuse per il torace e l'addome, e sono ribelli ad ogni cura. Spontaneamente scompaiono, per recidivare in altro tempo.

I capelli sono abbondanti e castagno scuri. I peli, di color nero, sono regolarmente sviluppati nelle sedi naturali. Le sopracciglia sono nere e scarse nel terzo esterno.

Gli occhi sono piccoli, di colorito ceruleo. La rima boccale è piuttosto piccola. Il naso piccolo, affilato. La mandibola ampia. Nella proporzione delle forme colpiscono le mani piccole.

La malata presenta completa amenorrea, fin da qualche anno prima del suo ricovero in Sanatorio. Precedentemente il flusso mestruale, è stato sempre irregolare, scarso e pallido.

In questo inverno, insolitamente rigido, la malata ha avuto sensazioni eccessive di calore, tanto che stava in camera ed usciva fuori con abiti leggeri, sbracciati e molto scollati.

Gli accessi d'asma si ripetono ad intervalli varii, spesso in coincidenza con l'esacerbazione del delirio, e durano qualche giorno. La maata rifiuta ogni intervento terapeutico sia *per os,* che per iniezioni. Brucia soltanto polveri antiasmatiche ormai da lei ben conosciute, ed in quell'ambiente di vapori respira. Dopo l'accesso di asma, ordinariamente anche il delirio diventa più mite, e par qualche giorno la paziente è meno eccitata.

Questi dati soltanto ci è stato possibile ricavare dall'osservazione generale. Ogni tentativo per praticare un minuto esame somatico, endocrinologico e costituzionalistico, ch'era nostro intendimento condurre col metodo V i o l a, si è infranto di fronte all'ostinata riluttanza della

malata, che interpetrava ogni pratica in senso delirante, ed in ogni nostra richiesta ed in ogni atto intravedeva un intrigo ordito a suo danno.

Esame psichico :

E' d'intelligenza svegliata ed ha un patrimonio mentale abbastanza ricco. Lo sviluppo intellettuale è proporzionato al suo grado sociale e di cultura. Le idee si succedono con ritmo normale.

La memoria é integra. I processi percettivi e associativi, i pensieri astratti e i giudizii si svolgerebbero secondo le leggi normali della psicologia, se non fossero turbati dai delirii.

Abitualmente conserva relazioni affettuose con le persone del Sanatorio, specialmente con le altre ricoverate e col personale di custodia, di cui meno diffida. Esce spesso a passeggio con le suore, provvede direttamente a piccole spese personali, si comporta con correttezza e signorilità, tanto che chi non la conosce, non scorge in lei una malata di mente. Si occupa, quand'è calma. di lavori donneschi. legge libri religiosi, passa nella cappella del Sanatorio molte ore della giornata, ed è una giovane di sana morale. Non ha mai manifestato alcun segno, anche lieve, di erotismo. almeno nel lungo periodo di ricovero in questo Sanatorio.

Delirii — Allucinazioni :

Il sintomo culminante della malattia di questa giovane è rappresentato dal delirio sistematizzato, tirannico, padrone assoluto della personalità psichica della paziente. con fasi alterne di tranquillo ma vigile svolgimento, e di esacerbazione acuta e martoriante.

Ella si crede perseguitata da un destino avverso, che si concreta nelle trame ordite dai familiari, e specialmente dal padre, contro di ei. Il padre è il suo carnefice, che vuole ad ogni costo ucciderla, e mette in opera ogni arte ed ogni mezzo. I fratelli, i parenti, i medici, sono tutti dei complici del padre, e devono sopprimerla coi veleni o con le armi.

Ogni ragionamento ed ogni tentativo di persuasione in contrario è vano, e s'infrange contro lo scoglio granitico del delirio, che possiede, domina e governa la sua personalità.

E' notevole il fatto che i sentimenti ostili verso il padre e verso i fratelli, non impediscono ch'ella abbia manifestazioni ed espansioni affettuose tanto verso il padre, quanto verso i fratelli, specialmente verso il maggiore, e s'interessi di loro, e domandi notizie, quando tarda ad averne, e qualche volta, ritornando calma, chieda perdono di tutte le imprecazioni fatte contro di loro, nelle crisi di eccitamento. Una volta specialmente, dopo una di queste crisi, in cui aveva scaraventato quanti improperii sapeva contro il padre, appena ritornata calma, gli scrisse un biglietto affettuosissimo, in cui chiedeva perdono di quanto aveva fatto e detto, e si tranquillizzò soltanto quando fu assicurata che quel biglietto gli era stato recapitato, mentre stava per prendere la via del ritorno al paese nativo.

Anche nei momenti di maggiore eccitamento, che qualche rara volta raggiungono il carattere di vera e propria agitazione (una sola volta si è dovuto ricorrere al giubbetto) la malata non é stata mai nè confusa, nè disorientata. Ha conservato sempre la solita lucidità mentale e il solito sillogismo strincato della logica paranoica. Dopo queste crisi di eccitamento, che conseguono al condensarsi episodico del delirio e delle allucinazioni, ritorna calma, affabile, e chiede scusa ai medici e al personale, se ha commesso atti scorretti, dicendo che in quel momento non era padrona di sè. Naturalmente il delirio si conserva invariato, ed ella depreca soltanto la scorrettezza degli atti compiuti.

Abbiamo accennato alle allucinazioni. Ed infatti la caratteristica principale di questo caso clinico è costituita dalla ridda delle allucinazioni, che, manifestatesi per la prima volta a sviluppo inoltrato della malattia, e a delirio già ben nutrito e sistematizzato, si sono andate moltiplicando fino a raggiungere in questi ultimi tempi una frequenza cinematografica. Esse sono per lo più visive, spesso psichiche, e talvolta oniriche. Alcune di queste vengono utilizzate dal delirio e talvolta contribuiscono ad elevare il tono emotivo, fino a raggiungere la fase di eccitamento; talaltra si svolgono accanto al delirio, ma fuori di esso, nella migliore tranquillità e serenità dello spirito delirante. Ella

infatti alcune volte parla delle sue allucinazioni, come se offrisse la documentazione della realtà obbiettiva del suo delirio e la giustificazione di esso; altre volte invece racconta le sue allucinazioni, le *sue visioni*, com'ella si esprime, senza porre in esse alcun significato particolare nei rapporti del suo delirio.

Nel mese di gennaio u. s. ebbe una forte crisi di eccitamento, conseguente ad una delle solite fasi di condensazione del delirio e delle allucinazioni. Dopo qualche giorno, tornata calma, serena, socievole, abbiamo colto uno dei non frequenti momenti di espansività, e siamo riusciti a farci raccontare la sua storia, il *suo romanzo*, come ella dice, fin nei particolari più intimi e più remoti. Lo ricapitoliamo senz'altro. Ci ha detto :

« Ora io riesco a ricostruire le vicende della mia vita passata, e ad interpetrarle nel loro giusto valore. Io fin da bambina sono stata sfortunata e maltrattata da mio padre. Ricordo che avevo 10 anni, quando mia zia R., un giorno che spolverava dei libri in biblioteca, mi disse: « povera piccola, ti vedo e ti piango ». A questa zia io era affezionatissima; le volevo bene quanto mia madre, ed ho provato grandissimo dolore, quando per ragioni volgari d'interesse, è stata costretta ad andarsene fuori di casa. Mio padre n'ebbe la colpa.

Mio padre è stato la rovina della nostra casa. Ricordo che a 21 anni, mentre eravamo in campagna, egli mi confidò che mia madre aveva una brutta malattia. Io, tornando a casa, vidi mia madre che parlava con una levatrice, intima di mio padre, ed allora intuii il complotto che si ordiva contro la povera mamma mia. Io ebbi moltissime richieste di matrimonio, ma mio padre non voleva farmi maritare, e tutte le sventava, tanto che io avevo abbandonato ogni idea. Andavo spesso a trovare delle zie a Napoli, e nel linguaggio loro, nella loro affettuosità, trovavo sempre qualche cosa di sibillino. Nel 1907 morì mia zia R. ed io ne provai grandissimo dolore, ma nulla dissi. Alla ferale notizia, fu tale lo schianto, che ebbi appena la forza di salutare mia madre, e di ritirarmi nella mia camera, comprimendo il dolore. Il giorno dopo ebbi anche la forza di mettermi a lavorare di ricamo. Poi ebbi una forte crisi nervosa, per cui non potevo parlare, ma solo emettere degli ululati. Siccome mia madre era malata, e doveva spesso an-

dare ora a Napoli ora in campagna, io assumevo le redini della gestione domestica. Mio padre era però verso di me sempre malvagio, fino al punto da non concedermi di entrare nemmeno nella sua camera.

I miei fratelli invero erano in primo tempo affezionatissimi, e mi circondavano di tutte le cure; però una volta che io tornai da Napoli, ove m'ero recata a passare alcuni giorni con i parenti, trovai anch'essi cambiati nei miei riguardi. Mi vedevano di mal occhio. Nondimeno io facevo la volontà di dio, in cui avevo cieca fiducia.

Nel 1910 morì mia madre. Il mio dolore fu immenso, perchè l'adoravo. Ebbi dei disturbi nervosi, ma mi rimisi presto. Dovetti allora assumere io la direzione delle faccende domestiche, ed allora ebbi le più gravi sofferenze, perche mio padre, che aveva fatto morire mia madre, me ne faceva di tutti i colori, per fare morire anche me. Chiudeva tutto in casa, ed io era costretto a comprarmi qualche cosa da mangiare coi miei risparmi. Già egli, fin da quando viveva mia madre, mi aveva un giorno minacciato di uccidermi, in campagna. Il perchè non so.

D'allora in poi la mia vita fu un continuo martirio, ed una continua lotta contro le mene di mio padre, che voleva farmi morire Tutti erano d'accordo con lui, medici e familiari, e si tentava, con iniezioni e con veleni nei cibi, di togliermi la vita E tutto questo armeggio continua ancora senza posa. Veleni ed armi si tenta di adoperare contro di me, ma ormai ho la protezione divina. Confido in dio, come ho sempre ciecamente confidato, ed il Signore mi salva da tutte le male arti usate per uccidermi.

Ho contunuamente delle visioni. Alcune di queste mi rivelano le minacce che incombono sul mio capo; altre mi insegnano la linea di condotta che debbo seguire per salvarmi ; altre sono senza significato, o almeno non capisco che cosa vogliano dire.

La prima visione rimonta a pochi mesi prima della morte di mia madre, quando credetti di vedere una processione, ed invece dopo mi accorsi ch'era un branco di buoi che veniva verso di me, che stavo in compagnia dei miei fratelli. Dopo questa visione fugace non ne ebbi altre. Dopo la morte di mia madre però cominciarono effettivamente le visioni. A casa mia vidi soltanto la figura di mia madre, una volta vestita di nero e velata, ed un'altra volta com'era vestita per casa.

Quando mio padre mi rinchiuse in una Casa di Salute a Napoli, furono ripetuti i tentativi di avvelenamento con morfina, cefaloppina e guaiacolo. Ma il Signore mi ha aiutato, e non son morta. Allora vidi altre due volte mia madre. Un altro giorno, mentre stavo a letto, vidi presso il capezzale una vecchia. Credevo fosse una ricoverata, e mi diedi a gridare, chiamando l'infermiera. Questa accorse, ma la vecchia si spostò verso i piedi del letto, e scomparve. Una notte sognai una figura di donna con una luce; il giorno appresso vidi sul giornale «il Mattino» una nota amorosa di un mio cugino aspirante alla mia mano, con la scritta «luce». Era la luce che avevo sognato nella notte, ed era un sogno di minaccia.

Condotta in questa Casa di Salute, non mutarono le condizioni. Mio padre cerca sempre di distruggermi, e voi siete suoi complici, ma non ci riuscite. Sono protetta dalla volontà divina, che ormai governa completamente la mia volontà. Le visioni si succedono senza posa. Il quadro di S. Antonio cha è nella cappella, rappresenta per me come la tela di un cinematografo; basta che io fissi gli occhi per pochi minuti, perchè una serie infinita di visioni si succedano senza tregua. Tempo fa, stando sola in camera, m'era messa a letto da qualche minuto, quando vidi davanti al comò una figura di donna che si pettinava. Non so chi poteva essere; non credo ch'era la madonna Immacolata, perchè non si sarebbe pettinata davanti al quadro dell'Immacolata, che era sul comò. Quella visione è durata più di mezz'ora, poi si è dileguata. Dal quadro di S. Antonio vedo spesso uscire fiumi di perle, miriadi di stelle, figure diverse e multicolori, che compaiono e scompaiono. Un bambino vestito di rosso è uscito una volta dalla custodia. Un'altra volta ho visto una testa con tanto di occhiali grandi grandi, come lenti affumicate. Un'altra volta, una donna con un paio di corna. Un giorno vidi ballare il numero 22 fra i rami di un albero. Stando alla finestra, vidi un altro giorno un portone celeste, sormontato da angeli, e parato davanti alla finestra stessa. Ma la visione che più mi ha turbata, da quando queste si presentano, mi è comparsa giorni or sono. Stavo a letto, quando vicino mi è apparso un braccio delicato e bianco, che sorreggeva un ramo di quercia ed una croce. Tale visione è rimasta circa tre quarti d'ora presso il mio letto, poi si è dileguata.

Io l'avrei voluto abbracciare e baciare, poi, per rispetto, mi limitai a contemplarla, aspettando qualche segno. Altre visioni ebbi, quando mi si voleva uccidere, sparandomi dalla finestra; ed altre ancora, quando mi si voleva tirare dal giadino. Ma voi dovete convincervi che è inutile ogni vostro tentativo, perchè il buon Dio mi aiuta, ed io ho fede in lui.

L'altro giorno infatti stavo in cappella e Iddio mi disse che non dovevo mangiare la carne, perchè era avvelenata. Io la presi infatti, mangiai solo le patate, e la carne la misi sul pianoforte. Tornata in chiesa, l'ispirazione divina mi disse che potevo anche mangiare la carne, perchè aveva allontanato ogni veleno. E così feci ».

E così, ogni giorno, la malata ha sempre un'allucinazione nuova da raccontarci. Per lo più esse si manifestano nella cappella o nella sua camera, quando rimane sola ed ha più modo di concentrarsi in se medesima. Specialmente il quadro di S. Antonio è come la tela di un cinematografo, su cui danzano quotidianamente le figure più strane. Le allucinazioni visive sono le più frequenti. Attualmente però sono anche frequenti e vivaci le allucinazioni psichiche a contenuto persecutorio e mistico - religioso. La malata sente come nel suo interno la voce divina, che la ispira e la consiglia su quel che deve fare, e del modo come deve guardarsi dai suoi persecutori. Ordinariamente le allucinazioni hanno scarso potere emotivo. Qualche volta invece contribuiscono ad elevare il potenziale emotivo del delirio, e la fanno cadere in una crisi di eccitamento, durante la quale diventa solitaria, cupa, scontrosa, e conserva un atteggiamento di maggiore diffidenza e ostilità verso l'ambiente. Dopo qualche giorno si calma, e riprende le sue abitudini di vita, governata sempre dal delirio di persecuzione costante ed immutabile.

Le allucinazioni costituiscono la caratteristica clinica di questo caso di paranoia, per cui lo abbiamo creduto degno di nota.

*
* *

Alla diagnosi di paranoia siamo arrivati dopo lungo, quotidiano e maturo esame, confermati e confortati nel nostro giudizio dia-

gnostico dall'esperienza clinica e dall'acume critico dei Direttori del Sanatorio.

Crediamo non sia necessario indugiarci in discussioni superflue di diagnostica differenziale.

Depongono per la diagnosi di paranoia le prime manifestazioni anormali e strane del carattere, che noi abbiamo potuto cogliere e seguire fin dalla più tenera età; le interpetrazioni deliranti circa le pretese avversioni del padre contro la madre, ed i rapporti fra la sua famiglia ed i parenti: lo sviluppo primario cronico, ed a lenta evoluzione del delirio sistematizzato, che non rappresenta fasi o esiti di altra malattia; la conservazione del processo logico e del potere sillogistico dell'intelligenza; l'integrità dei processi percettivi ed associativi, ed il commercio normale di tutte le rappresentazioni non morbosamente alterate e che non hanno rapporto col delirio; la deficienza dei poteri di verifica e di controllo della ragione; la mancanza assoluta di qualsiasi nota di decadenza mentale, nonostante il decorso annoso della malattia.

La malata infatti ha manifestato fin dai primi anni della sua giovinezza quello che chiamasi *carattere paranoico*. E' stata sempre poco socievole, esageratamente economica, fino a rasentare l'avarizia e ad imporsi sacrifizii ingiustificati, ha conservato sempre un temperamento malinconico, ed è stata quasi fanaticamente religiosa.

Nei rapporti coi parenti ha serbato una condotta strana. Verso gli amici è stata poco espansiva e diffidente. «Concepì spesso passioni insussistenti e immaginarie — scrive il fratello — scambiando le più normali cortesie di qualche giovanotto in una pietosa manifestazione d'amore ».

I primi sintomi premonitorii della malattia si riscontrano dunque in un'epoca molto anteriore alla comparsa del delirio. Le prime interpetrazioni deliranti non hanno carattere di sistema, ma rivelano già la tendenza originaria alle interpetrazioni erronee dei suoi rapporti con l'ambiente esterno. Il delirio sistematizzato sboccia più tardi, in seguito a cause occasionali di forti patemi di animo, conseguenti alla perdita della madre,alla quale era affezionatissima, ed alla partenza per la guerra di sei fratelli. A 24 anni, per la morte della madre, ebbe uno scoppio clamoroso di manifestazioni psicopatiche: pianti, passaggio rapido dal pianto al riso e al canto, convulsioni isteroidi, eccitamento, insonnia. Ristabilita di

questa prima fase acuta, il suo delirio cominciò a diventare vivo, e ad organizzarsi. La ostilità verso il padre, ch'ella credeva autore della morte della povera madre tubercolotica, e suo feroce ed implacabile persecutore, assunse a poco a poco la caratteristica di un vero e proprio delirio di persecuzione, che cominciò a materiarsi di tutte le appercezioni erronee della realtà, ad ingigantirsi, ad allargarsi, ad estendersi ai familiari ed agli amici, sistematizzandosi gradualmente nel tempo e nello spazio, fino a raggiungere le proporzioni attuali.

Sicchè noi possiamo rilevare che le prime manifestazioni paranoidi, varie, vaghe ed imprecise, quelle cioè che rivelano fin dai primi albori il carattere paranoico, compaiono in un periodo di tempo anteriore allo sboccio di quello che costituirà ulteriormente il delirio paranoico sistematizzato, e ci consentirà di fare la diagnosi di paranoia. Perchè nella prima fase della malattia noi ci troviamo ancora di fronte ad una *diatesi paranoica*, ma non ancora davanti alla forma clinica di paranoia conclamata.

In ogni caso, le prime manifestazioni paranoidi non ci autorizzano a fare la diagnosi di paranoia. Vi sono infatti dei paranoidi che restano tali per tutta la vita, senza diventare paranoici. I paranoidi hanno la tendenza alle interpetrazioni erronee delle impressioni che ricevono, alle concezioni strane, senza però che le conseguenti idee arrivino a concretarsi in vero e proprio delirio. E' vero che talvolta il malato da paranoide può diventare per un pò di tempo paranoico, ma esso ritorna più o meno presto paranoide e rientra anche pienamente in sè stesso, ricuperando l'integrità della coscienza, finchè questa non venga nuovamente turbata, per quella speciale tendenza alle fallaci interpetrazioni, che è caratteristica di questo genere di malati (P i a n e t t a) Talchè noi possiamo parlare di paranoia conclamata, soltanto quando il delirio si è organizzato e sistematizzato, ed alla personalità normale si è sostituita costantemente la personalità delirante del paranoico.

Nella nostra malata le prime manifestazioni paranoidi lasciavano per un certo tempo possibile la reintegrazione della personalità; esse rappresentavano le prime nuvole ricorrenti sull'orizzonte sereno della normalità psichica, foriere di burrasca, fino a quando il delirio non sorse a scatenare la tempesta del suo tirannico dominio.

Allora sullo sfondo grigio del paranoidismo costituzionale si

profilò a poco a poco la figura clinica chiara e definita della paranoia, ed il delirio paranoico assunse la direzione ed il governo dell'attività mentale.

* * *

I pochi ed insufficienti dati raccolti circa l'esame somatico, endocrinologico e costituzionalistico, non ci consentono di potere trarre alcuna conclusione positiva da questo punto di vista

Però troviamo nella nostra malata alcuni elementi patologici, i quali depongono per un indiscutibile disturbo della situazione ormonica, e si manifestano proprio in coincidenza col periodo più florido di sviluppo, conformazione e chiarificazione della sindrome clinica. Questa coincidenza ha tali caratteri che può bene far pensare ad un rapporto di efficienza causale. Quando infatti il delirio comincia a profilarsi e sistematizzarsi, la dismenorrea si accentua, fino a diventare amenorra completa; l'eritema essudativo (comparso fin dalla prima età, e chiamato eczema dal fratello) si diffonde per il corpo, recidivando; l'asma, ch'è legata spesso a disturbi endocrini, si accentua, manifestandosi spesso in corrispondenza con l'esacerbazione del delirio, il quale impallidisce, e la malata rientra in un breve periodo di massima calma, euforia, ed espansività, appena cessa l'accesso asmatico; in piena estate ella avverte sensazioni eccessive di freddo, fino a sopportare nel mese di luglio 9 e 10 coperte di lana. In questo inverno invece, oltremodo rigido, la malata ha avuto sensazioni eccessive di calore, tanto che andava vestita con abiti leggeri, sbracciati e molto scollati.

Ora, pur non potendo definire il tipo costituzionale a cui appartiene la nostra paziente, pure troviamo in essa dei disturbi, che depongono in modo chiaro per la esistenza di un disormonismo, il quale insorge sopra una situazione ormonica, che si ha buona ragione di ritenere costituzionalmente già labile per la forte tara ereditaria familiare neuropatica e tubercolare. La dismemorrea e l'amenorrea consecutiva parlano per un disturbo delle ghiandole sessuali. La diatesi essudativa, che si può trovare tanto nei megalosplancnici quanto nei microsplancnici, si riattacca ai fenomeni dell'anafilassi e alla diatesi colloidoclasica, che presuppone una speciale ipereccitabilità costituzionale dei nervi parasimpatici, coordi-

nata con uno speciale squilibrio endocrino (instabilità tiroidea di L e v i e R o t h s c h i l d). Tale diatesi, che nella nostra malata perdura tuttora, non solo favorisce le congestioni dell'albero respiratorio, ed apre la via all'insorgere dell'asma, quanto spiega il variare frequente del peso del corpo, che ora perde ora trattiene acqua, sopratutto per eccitamenti psichici, e favorisce l'aumento della termogenesi, in rapporto all'aumento dei processi ossidativi. Quando infatti nell'inverno scorso la malata ebbe sensazioni esagerate di calore, si riscontrava in atto un'efflorescanza notevole dell'eczema essudativo; mentre quando ebbe a casa le sensazioni esagerate di freddo, il fratello asserisce che si trovava in condizioni fisiche floride. La persistenza dell'ipertricosi lanuginea e la picciolezza relativa delle mani, la scarsezza di sopracciglia nel terzo esterno parlano anch'essi per l'esistenza di una disfunzione ormonica costituzionale.

Sicchè, se non abbiamo potuto raccogliere dati sufficienti, per discutere con ragioni molto più fondate la possibilità d'inquadrare il nostro soggetto in uno dei tipi costituzionalistici puri o misti, che sono a nostra conoscenza, pure gli elementi patologici sopranominati ci bastano, per indurre che nella nostra malata esistono evidentemente dei disturbi della situazione ormonica, che si manifestano e svolgono di pari passo col progredire e sistematizzarsi della malattia psichica. E senza scendere in dettagli — la qual cosa, allo stato delle conoscenze, ci sarebbe impossibile — tenendo presente quanto abbiamo detto nella parte generale, crediamo di poter formulare l'ipotesi generica che nella patogenesi e sistematizzazione della personalità delirante della nostra malata l'elemento endocrino non è del tutto estraneo.

*
* *

Ma il caso riferito presenta, come dicevamo, un interesse particolare non per la sua semplice individuazione clinica, ma per la presenza, varietà e complessità delle allucinazioni.

In letteratura si riscontrano dei casi di paranoia con evidenti allucinazioni, tanto che, secondo il nostro concetto, le allucinazioni devono entrare a far parte del corredo sintomatico della paranoia.

Ma non abbiamo potuto rintracciare dei casi, in cui le allucinazioni siano così varie, multiformi, complesse e di natura così diversa, come in questo di cui ci occupiamo.

Le allucinazioni, nel nostro caso, comparvero in una fase molto inoltrata della malattia, quando cioè il delirio era già da un pezzo organizzato e sistematizzato, e la forma clinica di paranoia già ben precisa e definita.

Le prime vere allucinazioni si manifestarono dopo la morte della madre, quand'ella vide in casa la sua ombra, e si ripetettero in seguito, aumentando di numero e frequenza, variando di colorito, di natura, di forma, di qualità, semplici e combinate. Esse sono, come abbiamo notato, per lo più visive; ma in questi ultimi tempi son divenute anche frequenti le allucinazioni psichiche e le allucinazioni combinate.

La vista di Gesù nella cappella risveglia la voce divina, che la guida, la consiglia, la conforta, la protegge.

Il misticismo, di cui la malata era invasa, e di cui dava segni anormali non dubbi, rilevati già dai familiari, ha assunto così la veste di delirio, che vive in simbiosi col delirio di persecuzione. Le due forme di delirio si sorreggono e si sostengono a vicenda.

Le allucinazioni costituiscono per la nostra malata la testimonianza che dà valore di realtà obbiettiva ai due delirii. Talvolta anzi le allucinazioni vengono ad immedesimarsi talmente col delirio, che la malata informa le sue azioni al significato particolare che essa dà alle allucinazioni medesime. Alcune visioni, per esempio, valgono a rassicurarla e garentirla da ogni azione malefica, ed ella si conforta e si rasserena, sfidando con baldanza le mene dei familiari e dei medici. A volte l'ispirazione divina le dice che può mangiare alcuni cibi, che sono immuni da veleno: altre volte le dice che altri cibi non deve mangiarli, perchè avvelenati.

Tutto questo vale a dimostrare che le allucinazioni servono di documento al delirio, lo rinsaldano e lo rinfocolano; ma non si può in alcun modo sostenere che le allucinazioni determinano il delirio, perchè, come già abbiamo constatato nell'esame anamnestico della malata, il delirio si era già manifestato, sviluppato e sistematizzato da un pezzo, quando comparvero le prime allucinazioni. Abbiamo inoltre visto che di esse alcune vengo-

no utilizzate dal delirio, altre si svolgono indipendentemente da esso, senza affatto influenzarlo. Il che dimostra che le allucinazioni della paranoia costituiscono un fenomeno che non è necessariamente coordinato o subordinato al delirio, ma può anche manifestarsi indipendentemente da esso, nel corso ulteriore della malattia. Quando viceversa sono utilizzate dal delirio, producono in esso soltanto modificazioni quantitative, elevandone il tono ma non generano mai modificazioni qualitative, facendo, cioè, variare il contenuto del delirio; anzi si può affermare che il delirio utilizza solo quelle allucinazioni che più servono alla sua natura, come documento obbiettivo e giustificazione del delirio medesimo.

Quando le allucinazioni mancano, il che si verifica per periodi più o meno lunghi, il delirio continua a svolgersi indipendentemente da esse, ed invariato nel contenuto, se anche variabile d'intensità.

Questo caso vale dunque a darci la dimostrazione lapalissiana che nella paranoia le allucinazioni possono non soltanto esistere e far parte intrinseca del corredo sintomatico della malattia, ma che ancora possono essere frequenti, numerose, varie, e di natura diversa.

Serve ancora a dimostrare che le allucinazioni esistono accanto al delirio, di cui aumentano talvolta l'intensità, senza modificarne qualitativamente il contenuto, e senza che per questo si possa accampare e sostenere la tesi che le allucinazioni siano generatrici del delirio, e tanto meno si possa quindi ammettere l'esistenza di una forma distinta di paranoia, in cui le allucinazioni rappresentino il fattore patogenetico.

Sicchè, giunti al termine del nostro studio, possiamo trarre le seguenti

Conclusioni:

1. la paranoia è una malattia a sè, ben distinta dalle altre forme di malattie mentali, e, come tale, dev'essere conservata e catalogata nella tassonomia delle medesime.

2. il delirio paranoico non ha la sua origine primaria da un disturbo della sentimentalità o della intellettività, ma trae origine dalla *tendenza costituzionale* del paranoico ad assumere e

interpetrare in senso delirante i prodotti del pensiero e del sentimento: ed è più intellettivo o più emotivo, a seconda della costituzione prevalentemente intellettiva o emotiva del paranoico stesso, del suo temperamento, del suo carattere, del suo grado di cultura della sua posizione sociale, e del grado di evoluzione del delirio.

Tale concetto clinico e patogenetico è meglio chiarito e avvalorato dalle moderne dottrine costituzionalistiche.

3. le allucinazioni visive, uditive, psichiche, ecc. possono esistere e far parte integrale del corredo sintomatico della paranoia, ed essere varie, frequenti, e di natura diversa, senza che per questo si possa parlare di una forma distinta di paranoia allucinatoria, in cui le allucinazioni abbiano il valore di fattore patogenetico.

4. aggiungendo quest'ultimo concetto, si può con esso integrare e completare la definizione che della paranoia danno il Tanzi e il Lugaro nel loro classico Trattato, nel senso cioè che la paranoia debba essere considerata come « un'anomalia costituzionale, che rimane latente in gioventù e si manifesta col maturare degli anni, rivestendo la forma di un delirio a lenta evoluzione, coerente e fanatico, **con o senza allucinazioni**, che si avvicina ai limiti estremi della verisimiglianza, senza oltrepassarli, che prende alimento da ogni circostanza della vita *interpretata subbiettivamente, trasforma stabilmente la personalità,* e si regge saldamente col sussidio immancabile di ogni valida memoria, di una critica unilaterale, ma abbastanza acuta, di un'ostinazione tetragona alle più chiare smentite».

BIBLIOGRAFIA

Bianchi L. — *Trattato di Psichiatria* — Casa Editrice Pasquale, Napoli.

» — *La Meccanica del Cervello* — Fratelli Bocca Editori, Torino 1920.

Bauer Julius — *Sulla determinazione del concetto di costituzione* — Rivista di Endocrinologia e patologia costituzionale Anno II Fas. I Roma 1923.

Carbone D. e Pighini G. — *Ricerche sulla costituzione chimica del cervello nella paralisi progressiva* — Rivista sperimentale di Freniatria. Anno L. Reggio Emilia 1913.

Ceni C. — *Cervello e funzioni materne* — S. Lattes e C. Editori Torino - Genova 1922.

Del Greco F. — *La paranoia e le sue forme* — Stabilimento tipografico Pesole. Napoli. 1899.

» — *Sulla evoluzione del delirio paranoico* — Manicomio moderno. Nocera Inf. 1894.

» — *L'idea di «costituzione» nella psichiatria clinica* — Il Manicomio. Anno XXXVI N. 2 - 3 Nocera Inf. 1923.

Esquirol E. — *Des maladies mentales* — J. B. Baillières. Paris 1838.

Goldstein — *Le malattie mentali in rapporto alla patologia dell'apparecchio endocrino - simpatico (intorno alla patogènesi delle distimie)* — Rivista di Endocrinologia e patologia costituzionale. Anno I Vol. Roma 1922.

Grimaldi L. — *Genesi senso - affettiva del delirio paranoico* — Annali di Nevrologia Fas. II e III. Napoli 1922.

Kraft - Ebing — *Trattato clinico pratico delle malattie mentali* — Fratelli Bocca. Torino. 1885.

Kraepelin E. — *Trattato di Psichiatria* — Casa Editrice Francesco Vallardi. Milano.

Laignel - Lavastine, André Barbé et Delmas — *La pratique psychiatrique* — J. B. Baillière et fils. Paris 1919.

Laignel - Lavastine — *Secrezioni interne e sistema nervoso* — Archivio generale di psichiatria, neurologia e psicoanalisi. Anno 1921 Vol. II.

Lugiato L. — *I disturbi mentali* — Ulrico Hoepli. Editore. Milano 1922.

Lugaro E. *Correlazione nervosa e correlazione umorale* — Libro en honor de D. Santiago Ramón y Caial. Madrid 1922.

Morselli E. — *Vita affettiva e vita intellettiva in psicopatologia* — Quaderni di Psichiatria. Vol. IX. N. 5 - 6 maggio - giugno 1922.

» — *Manuale di semiotica delle malattie mentali* — Casa Editrice Francesco Vallardi. Milano 1894.

Morselli e Buccola — *Contributo clinico alla dottrina della pazzia sistematizzata primitiva* — Giornale della R. Accademia di Torino Vol. 31. 1883.

Pende N. — *Le debolezze di costituzione* — Collezione Bardi di attualità. Libreria di Scienze e Lettere. Roma 1922.

» — *Endocrinologia* — Casa Editrice Francesco Vallardi Milano.

» — *Il sistema nervoso vegetativo nella vita somatica e psichica* — Quaderni di Psichiatria. Vol. XI N. 1 - 2 gennaio - febbraio 1924.

Piéron Henri — *Le Cerveau et la Pensée* — Nouv. Collect. Scient. Paris. F. Alcan 1923.

Pianetta C. — *Note cliniche sui paranoidi* — Archivio di Psichiatria, scienze penali ed Antropologia criminale. Vol. XX Fasc. IV.

Pighini G. — *La chimica patologica del cervello in alcune malattie ad esito demenziale* — Quaderni di Psichiatria Anno VII. N. 1 - 2 1920.

» — *Biochimica del Cervello* — Rosemberg e Sellier. Torino 1915.

Rénaut citato da Ruata nello studio: *Sulle correlazioni pluriglandolari* — Note e riviste di psichiatria Vol. XI (serie 3. anno LII) N. 1 gennaio - aprile 1923. Pesaro.

Riva E. — *Nosografia della Paranoia* — Atti del XIV Congresso della Società Freniatrica Italiana. Rivista sperimentale di Freniatria Anno XXXVIII Reggio Emilia 1913.

Schüle E. — *Psichiatria clinica* — Traduzione det D. Giovanni Andriani. Napoli. 1890.

Serieux P. et Capgras F. — *Délires systématisés chroniques* — In Traité de Psichiatrie del Sergent. Tome I. A. Maloine et fils Editeur Paris 1921.

Tanzi e Lugaro — *Trattato delle malattie mentali* — Società Editrice Libraria — 1914.

Tamburini, Riva, Cappelletti, Franchini — *Discussioni e comunicazioni sulla paranoia* — Atti del XIV Congresso della Società Freniatrica Italiana. Rivista sperim. di Freniatria Anno XXXVIII Reggio Emilia 1912.

Viola G. — *La costituzione nel suo moderno significato* — Rivista di Endocrinologia e patologia costituzionale. Anno I. Vol. I. Roma 1922.

Vidoni G. — *Valori e limi.i dell'endocrinologia nello studio del delinquente* — Fratelli Bocca. Torino 1023.

La nevrosi ed il carattere di "Amleto,,

Lettura (1) del Dott. Prof. F. DEL GRECO

I

I palombari delle anime umane

Nell'autunno, non ultimo, ma precedente all'ultimo, in questa grande aula medesima, tentai di interpetrare, come medico - psicologo, qualche linea del « Don Chisciotte »: lo immortale eroe di Miguel de Cervantes (2). Ed, ora, vo' cimentarmi allo esame di un'altra, non meno grande, di una profondissima creazione: vo' dire qualche cosa sullo « Amleto » di Guglielmo Shakespeare.

Temerità su temerità, invero, questo riprendere antichi motivi, antichi pensieri, che tante generazioni di uomini hanno occupate: aggirarsi intorno allo indecifrabile enigma di Amleto! — Fu, ognora, disperata fatica lo intenderlo, da parte di commentatori e di arti-

(1) alla Università pop. della Soc. « Dante Alighieri » dell'Aquila — 12 Marzo, 1924.

(2) Vedi: *La Follia di Don Chisciotte* — nel « Manicomio » — n. 3 — 1922.

sti drammatici, i quali vollero renderne la figura, parlante e viva, in sulle scene.

Eppure, mi si perdoni l'ardire — Avvicinarsi a queste creazioni, sentirne il riflesso nell'animo; è, come se intravvedere, presentire una realtà, un mondo, luminoso, possente, supremo; erto sulla nostra grama esistenza di ogni ora.

La poesia, il romanzo, la letteratura di tutti i secoli è stata, in qualche modo, lo specchio, e, più di ogni altro, *la rivelazione di nostra vita interiore:* ha descritte dell'anima umana le fluttuazioni, più varie, molteplici.

In particolar modo, la nostra complicata, mal coerente anima moderna, non fu resa appieno?

Con il suo spirito di analisi, con la sua inquieta *simpatia* per tutte le cose, buone, eroiche, o malvagie, repugnanti, perverse; lo scrittore, l'intelletto dello scrittore non fu, pari a lente acuta, che delle anime ingrandì le sinuose vie, mettendone in luce angoli oscuri, profondità inenarrabili?

L'Artista, il quale rivive nell'Opera sua, armoniosa e compiuta, lieta nel riso delle Grazie,

Che fanno l'opra dell'ingegno eterna.....

cedè il passo, talora, allo psicologo, allo studioso di tristizie sociali: disordinato, aspro, conturbante.

Per tal modo, Arte non fu veramente; ma descrizione semplice, pedestre, documento umano.

Sia pure. Ciò non di meno, da questo pelago di scomposta umanità, l'ala della simpatia e del veggente amore trasse in alto chi scrive. E, ad ora, ad ora, vi apparve, si ebbe l'Opera gigante, il capolavoro: Fausto, Anna Karenine, Guerra e Pace.

Fra i maggiori esploratori di anime, veri palombari che muovonsi sotto le liquide, paurose onde del mare: fra i maggiori, e (forse) il più grande, il più possente, fu Guglielmo Shakespeare con l'« Amleto » suo.

Chi di noi non provò mai, nella vita, il *gelido*, il *tormentoso soffio del dubbio*; chi di noi non sentì mai, in sè medesimo, la *impotenza ad operare*, nonostante, che il dovere premesse, imponendo, ad ogni costo, una risoluzione?

Il carattere, più energico, più compatto, più deciso, non oscillò, talvolta, incerto, fra due opposti pensieri e tendenze? Ovvero, non sentì, nell'intimo suo, *morto, per brev'ora, ogni impulso, ogni alacrità ed agevolezza di azione?*

Punto ragiono di quanti vivono (e sono infiniti) la vita, dubbiando inerti; con propositi, che, appena sorgono, dileguano, si disformano e spengono.

Il dubbio, la consapevolezza di nulla potere, benchè si debba operare; questo angoscioso « stato d'animo » ne sforza a ripiegare su noi medesimi, a scrutare noi; è, come *spiraglio*, come *squarciato schermo*, onde si osservano le interiori oscurità nostre e di tante persone umane.

Ora lo Shakespeare, questa impalpabile condizione psicologica, questo incubo (quasi « realtà di sogno ») l'ha condensato, definito: ne ha fatto *un individuo, concreto, reale*, vivente e vero: Eccolo, Amleto!

II

Le parole ed il contegno di Amleto

Spettacoloso è quanto mai il dramma! Con i suoi chiaroscuri e rilievi gagliardi e molteplicità di persone e di strani eventi; avvince l'attenzione del popolino, del soggetto inculto e del pensatore.

Siamo in Danimarca, ad epoca remota, presso uomini, che, nell'alto Medio Evo, costeggiando l'Oceano sui loro remati velieri, dalle prore, alte, superbe, carichi di armati, fieramente adorni; incutevano il terrore per regioni, vicine e lontanissime. Divenuti

cristiani, distesero il loro imperio, alle isole Feröe, verso la Islanda solitaria, ed, oltre, fino alle coste della Groenlandia.

In quel potente regno danese si era svolta una fosca tragedia. Il fratello del Re aveva ucciso costui, in segreto, instillandogli un veleno all'orecchio, mentre dormiva. In precedenza gli aveva sedotta la consorte. Presto la impalmò, cingendo la corona regale.

Intorno al delitto correva, forse, qualche segreta voce: nulla era veramente noto. Il figliuolo dell'ucciso, a nome Amleto, di ritorno dagli studii di Wittemberga, per i funerali del genitore; vide, non appena scorsi due mesi, che il novello Re sposava la vedova — Fatto strano: egli ha sospetti.

Nel *I. Atto*, siamo di notte, sugli spalti della Reggia, turrita e difesa. Con le guardie vi è un uffiziale, amico e compagno di Amleto, a nome Orazio. Fu, colà, invitato, in quell'ora: vi appariva uno spettro, armato dalla testa alle piante. Era la immagine del Re defunto. E lo spettro compare.

Nella Scena seconda, si è davanti alla Corte: Re, Regina, Cortigiani, Amleto — Costui appare triste grandemente, lo sguardo a terra, in nere vesti. Risponde male al nuovo Re, suo zio: parla ironicamente, festevole e cupo — Vistosi solo, si lascia andare, dicendo, che, se l'*uccidersi* non fosse tanto esacrato, ben lo farebbe. E rivolge aspre invettive al nome dello zio e della madre, corsi a nozze, in tempo così breve dalla morte del legittimo Re.

Lo istesso biasimo ripete con Orazio, il quale lo raggiunge, seguito da due uffiziali, *presenti all'apparizione*.

Gli narrano di ciò — Spavento e meraviglia di Amleto — I sospetti si acuiscono — Assedia Orazio con domande, perchè gli descriva la espressione del volto di quel fantasma — Promette di trovarsi anche lui, colà, nella notte istessa.

E vi arriva — Sente freddo in quell'ora, alta e oscura, tutto chiuso nel mantello — Si commuove terribilmente, vedendo appa-

rire la sembianza del padre. La segue, nonostante che gli uffiziali cercassero di trattenerlo — Ed, in un angolo remoto, il fantasma gli racconta il delitto, di cui, quando era uomo, fu vittima, e gli impone di vendicarlo.

In preda ad esaltazione, Amleto dice: « Tutto debbo obliare... In me non deve esservi omai, che questo unico pensiero, questo unico affetto ».

Sovraggiungono Orazio e gli Uffiziali: il fantasma si era, già, dileguato — Amleto nulla rivela: risponde, triste e giocoso, ed ordina ad essi di giurare sulla sua spada il segreto più assoluto intorno al mirabile avvenimento.

All'*Atto secondo*, il Re, messo in sospetto dal cupo umore di Amleto, dà incarico a due antichi colleghi di costui (colleghi agli studii di Wittemberga) di stargli vicino, ricercandone l'animo. Dice, che egli consiglia una tal cosa, essendo in pensiero per la salute del giovane principe.

Vi è un vecchio cortigiano, a nome Polonio, fedele al nuovo Re e padre di Ofelia, giovanetta amata un tempo da Amleto. Polonio afferma, che il male di costui ha cagione nel deluso amore, perchè la figliuola, obbediente alla imposizione paterna, non lo ha più ricevuto.

I due colleghi vanno incontro ad Amleto, che passeggiava nella Reggia, assorto nella lettura di un libro — Questi, Amleto, comprende subito, perchè i due lo assediano con domande inquisitrici. Li mette nell'imbarazzo. Fra arguzie e studiate frasi strane, termina col dire:

« Mi sento infermo. Da qualche tempo sono caduto in grave tristezza e sconforto: tutto mi è in uggia, tutto mi disgusta. Mi sento inetto a qualsiasi esercizio fisico ed a qualsiasi occupazione».

Allorchè quei giovani gli annunziano, che è, in via per la Reggia, una truppa di commedianti; si fa lieto, sorridente — Ac-

coglie i nuovi venuti, i commedianti, con festevolezza, ed invita qualcuno di essi a dare un saggio della propria valentia. E quell'uno recita.

Amleto si commuove grandemente, ascoltando i versi sulla caduta di Troia, sulla uccisione del vecchio Re Priamo, sul pianto della sconsolata Regina Ecuba.

Quando è solo, dice: « Perchè mai quel commediante gemeva in lagrime per il dolore di Ecuba, di una ipotetica Ecuba; ed io resto, freddo ed inerte, davanti all'assassinio di mio padre e non cerco di vendicarlo? Sono un vile — Senonchè (egli aggiunge) potrebbe darsi che l'apparizione mi avesse ingannato — Vo' tentare una prova ».

Pensa di fare recitare ai commedianti un dramma, in cui si ripetesse un delitto, simile a quello accaduto in Danimarca: ciò, alla presenza del Re, della Corte intera — « Il reo, se fu reo, si svelerà; qualche cosa lascerà indovinare » — Comunica al fido Orazio il suo disegno, affinchè anche lui, presente, esplori il volto ed il contegno del Re.

In tal modo si giunge all'*Atto terzo*: atto culminante — Mentre Amleto cerca di prendere al laccio lo zio con lo stratagemma del dramma che farà recitare; costui, lo zio, il Re, per consiglio di Polonio, fa venire Ofelia, e, nascosto insieme al cortigiano dietro le tende, ne spia l'incontro.

Vedono Amleto, che passeggia solo. Che dice fra sè? E' tutto assorto in una questione metafisica: *Essere ovvero non essere.* Vuole trovare qualche cosa di mezzo fra la vita e la morte, per imaginarsi che cosa sia la esistenza nostra, fuori da questo mondo — E, di un subito, gli balena al pensiero la soluzione: L'altra vita non è la vita presente, nè il nulla: *è una vita di sogni!* — Si spaventa, si agita — Questa è la ragione (egli dice), perchè tolleriamo guai infiniti al mondo, perchè il sofferente non si uccide.

Giunge Ofelia, che gli porge alcuni graziosi doni, avuti da lui, un tempo — Omai nulla valgono per lei: hanno perduto ogni significato, ogni profumo, dal giorno, in cui Amleto più non l'amà.

Il principe l'accoglie con miti parole, facendo le viste di non riconoscerla — Insospettito, si fa maligno, ironico: fa strazio del cuore amoroso della sventurata fanciulla, accozzando espressioni, pazzesche e taglienti, quasi sospettandola di cospirare a suo danno.

Il Re. che ha spiato, si convince essere ben altra, non l'amore, la cagione dello strano contegno di Amleto.

Potentissima è la Scena del finto dramma, davanti alla Corte — Il Re si allontana precipitosamente: la recita è interrotta.

Omai è certo, che abbia commesso l'assassinio: è certo per Amleto, per Orazio ancora.

Amleto, durante quello svolgimento, si dimostra, accortissimo, festevole, sarcastico con la povera Ofelia, e (più che mai) eccentrico e strano.

Viene invitato dalla madre a colloquio segreto per dare ragione di quel suo contegno: vi si avvia, agitando cupi, foschi pensieri — Sorprende, per le camere, il Re, che sta solo, in ginocchio pregando, tormentato dai rimorsi. Avrebbe potuto ucciderlo: era costui, solo, nella notte — Nulla compie — «Egli prega, si salverebbe. Ha ucciso mio padre, quando usciva dall'orgia di un banchetto, carico di peccati. L'istesso debbo fare con lui. Bisogna che se ne perda l'anima» — E, pago di un simile ripiego, va dalla madre.

Altra possente Scena: Polonio, dietro un arazzo, ascolta il colloquio. Amleto investe la genitrice con rampogne, con atto minaccioso. La Regina si commuove, ha paura. Polonio, dal nascondiglio, grida al soccorso. Amleto lo trafigge.

Ed, allora, accusa apertamente la madre di tradimento, d'infedeltà al primo marito. Ma, *gli appare il fantasma paterno,* e gli dice di essere mite con lei.

La madre, vedendolo, con gli occhi sbarrati, in disordine le

chiome per il terrore, ragionare con qualcuno che essa non vede; cerca di calmarlo a sua volta.

Dell'uccisione di Polonio, Amleto si scusa, dicendo, che gliene rincresce, ma, dopo tutto, il vecchio ha fatto male, cacciandosi in mezzo alle sue questioni. E, ghignando, ne trascina fuori il cadavere.

Siamo all'*Atto IV* — Il principe si finge pazzo più che mai, con stranezze, con arguzie e motti ironici; non vuol dire, dove ha nascosto il corpo dell'ucciso Polonio — Il Re lo imbarca per l'Inghilterra, unito con i due suoi perfidi colleghi, affinchè, giunto in terra straniera, venga ucciso. Quei due, senza saperne il contenuto, portano una lettera, scritta dal Re, in tale senso, alle Autorità di quello Stato.

Ofelia, dopo l'abbandono di Amleto, gli scherni atroci di costui e la improvvisa morte del padre; impazzisce — Scena commoventissima, unica, quando la giovanetta si presenta alla Regina, al Re, nel disordine della follia.

Il fratello di lei, a nome Laerte, torna subitamente da Parigi, ov'era ad istruirsi; per chiedere ragione della misteriosa fine del genitore.

Si pone alla testa di una turba in rivolta: penetrano nelle sale della Reggia: il Re calma il giovane adirato — Mentre ragionano, ecco, Ofelia, pazza, in delirio. Laerte, nel vedere la sorella; è sconvolto dall'angoscia, da straziante dolore.

Il Re, via, via, mena il giovane lontano, e gl'insinua nell'animo, che cagione di tutte le sue sventure, fu Amleto, contro cui è necessario trarre vendetta.

Amleto, che navigava per l'Inghilterra, fu sorpreso da una nave corsara: venne fatto prigioniero, lui solo, nella mischia; e novellamente sbarcato in Danimarca.

Dopo, raccontò ad Orazio, che, partendo, ebbe sospetti, gli si tendesse una insidia: da molti giorni lo supponeva — S'impadronì, sulla nave, per subito divisamento, della lettera chiusa del Re, tenuta in serbo da quei due: l'aperse: la scrisse di nuovo, mutando il suo nome con quello dei colleghi, i quali, così, mossero, diritti, a morte in sua vece.

Ed egli conchiude il racconto con la solita espressione: « Peggio per essi, che si cacciarono in mezzo alle mie disavventure ».

Vede per l'aperta campagna una schiera di giovani soldati, al comando di un principe norvegese, detto Fortebraccio: andavano a farsi uccidere in Polonia, per ragioni da nulla, per un puntiglio d'onore — Amleto li ammira; ammira quella risoluta energia, lui, che non ha in sè nemmeno la forza di compiere la doverosa vendetta.

Siamo all'*Atto V.* ed ultimo — Si è, dentro, un cimitero: Amleto con Orazio dappresso, interroga i becchini: prende in mano il teschio di un antico buffone di Corte, che lo portò in braccio fanciullo — Triste si abbandona a lunghe, profonde considerazioni sulla vita, sulle morte, sul destino umano. E dice (con un argomentare terribilmente realistico), come le ceneri di Alessandro, o di Cesare, che fece tremare il mondo, possano essere, ancora, finite con il tappare un cocchiume rotto, od in altra volgarissima maniera.

S'avanza un corteo: vengono a seppellire Ofelia, morta annegata in un ruscello durante la follia. Amleto se ne impressiona.

Laerte, il fratello della estinta, sull'orlo della fossa, grida, piange, impreca. Amleto si fa innanzi, all'improvviso, e lo sfida a fare tutto ciò che vuole per dimostrare tanto dolore. Egli farà lo stesso e più — Si accapigliano, giù, nella fossa: vengono separati.

Impeto fugace! — Poco dopo, Amleto sta depresso, triste, dolente dell'accaduto — E torna a passeggiare nelle camere della Reggia.

Il Re sfrutta il malanimo di Laerte contro lo strano principe. Ordisce la trama di un saggio di scherma alla spada fra Laerte ed Amleto per mettere a cimento la loro destrezza.

Il Re così dice ai cortigiani: nel fatto, sussurra a Laerte, ansioso di vendetta, che gli ha intinta di forte veleno la punta della spada; ed ha preparato, di sua mano, una coppa di tossica bevanda — In tal modo, per l'un mezzo o per l'altro, nel disordine della schermaglia, riusciranno a sbarazzarsi dello importuno principe.

Questi, Amleto, va diritto alla prova con grande leggerezza: dice ad Orazio, che non cura la vita: aggiunge che ha sull'animo un triste presentimento — Durante il certame, affanna: dappresso la madre gli asciuga il sudore e trema per lui.

Le spade si scambiano; e quella dalla punta avvelenata, dopo aver ferito Amleto; in mano a costui, colpisce Laerte medesimo. La madre, del tradimento ignara, vuota (augurando fortuna al figliuolo) la coppa, nel cui liquido è morte. Tutti accorrono — Laerte svela il delitto, e, morendo, designa colpevole il Re — Amleto trafigge costui: si sente mancare.

Odesi, fra tanta ruina, la marcia guerriera di Fortebraccio che torna, vincitore, con le sue schiere.

Il prostrato Amleto dà il voto suo al rediente eroe, perchè sia Re di Danimarca — E, con parole commosse, esorta Orazio a rivendicare la sua fama, il suo carattere, in dubbia luce, fra l'oscuro intreccio degli ultimi avvenimenti — E termina: « ..... il resto è un eterno silenzio ..... » —

III

Fino a qual punto Amleto può dirsi un nevrosico

Questo, il contegno, le parole di Amleto, grossamente, poveramente riassunte, senza quei maravigliosi intrecci ed episodi;

tutt'altro che inutili, ma collegati nella formidabile unità dell'azione. Azione, in cui *la veggente opera umana è fiaccata;* gli umani disegni vanno in naufragio: ognuno opera per istinto, secondo il proprio serrato carattère, per reazioni momentanee, e tutti precipitano ad una fine, insospettata, improvvisa.

Amleto, che avrebbe dovuto reggere gli eventi, avrebbe dovuto costruire un complesso di azioni, recanti il proposito vendicativo, che nel pensiero aveva; Amleto è il più debole, è foglia vagante qua e là, dispersa tra i flutti di quella confusa marea di anime umane.

Ed il poeta lo afferma: il poeta fa dire ad Orazio, che ogni uomo urge compia quanto desidera fare, *lo compia all'istante;* poichè gli animi nostri mutano sempre, e, con essi, i fini e gli eventi.

Amleto è la quintessenza di una simile concezione fondamentale — Non lo giudicheremo, quale figura storica, quale uomo, vero, reale; neppure come un esempio patologico, a mò di caso clinico: faremmo sorridere.

Amleto è creazione di una mente, vastissima, oceanica (direbbe il Carlyle); e di quella mente ha i chiaroscuri e le profondità ignote.

⁂

Ciò non di meno è tipo estetico: dal fondo di un pensiero creatore viene alla luce; *se ne distacca con rilievi,* concreti, intensi. Sta diritto innanzi a noi, si muove, parla. E parla troppo, in verità: opera pochissimo.

Ad ora, ad ora, si sbriga dal viluppo di guai, fra cui è preso; e torna a discorrere.

Vi è, in lui, paralisi della *volontà costruttrice* — Se, in lui, è operosa, talvolta, la volontà, subitanea, *impulsiva,* che si esplica allo stimolo di angoscie e di paure specialmente; l'altra, la più elevata forma di volontà, quella *costruttrice*, pondorata, consapevole,

che ha base in una *persistente* fecondità dello spirito, in una «aspirazione d'animo», tenace e viva; l'altra, è profondamente depressa, menomata, in lui.

Egli ha ingegno, teso, vigilante, sospettoso — Lo sguardo suo va profondamente, scruta profondamente le anime che gli sono intorno: tutto subodora, tutto prevede — E si difende, chiudendosi in sè: quando, messo alle strette, in pericolose angustie, non scatta rapido, colpisce o ricambia il gioco; e, cinico, ride.

Quali sono gli affetti suoi? — Non ha stima degli uomini: dice parole, aspre, aggressive alla madre colpevole; ed è crudele davvero, con la innocente amorosa Ofelia: prende gusto a tormentare costei, eccitato, inquieto — Avvolge nelle spire di sue frasi, umoristiche e lugubri e mordaci, il vecchio Polonio e gli altri cortigiani.

Predilige Orazio: ammira l'avventuroso Fortebraccio.

∴

E' un folle? — Folle non è; quantunque accentui la stranezza del contegno suo, fino al punto da farsi credere tale.

Si osserva in lui un *assieme di alterazioni neuro-psichiche,* le quali non arrivano a farne un pazzo, un alienato di mente, un disorientato nel mondo in cui vive.

Tuttavia, di alterazioni psichiche ne ha; e per ciò che egli stesso dice, sembra sieno insurte *accessualmente* — Narra, che, da qualche tempo, fu preso da un senso di lassitudine muscolare, da tristezza e sconforto profondo; per cui abbandonò gli esercizii di una volta e tutta la vita gli cadde in uggia e disgusto.

Senso di fatica (adunque), *depressione, tedio della vita,* che va fino alla idea del *suicidio:* caratteristiche di una neurastenia grave, di questa nevrosi.

Egli ha del neurastenico la *idea fissa, angosciosa ed infeconda:*

deve vendicare il padre e non fa nulla; malgrado che abbia con sè il favore della moltitudine e qualche amico sicuro: per tal modo gli sarebbe agevole vincere lo zio usurpatore.

Eppure si rivela inetto a mettere su un qualsiasi pratico disegno: scruta sè medesimo; ed in sè non trova, non sente alcuno impulso ad operare.

Si dice vile: è querulo, come femminuccia.

Davanti al Re, in preghiera e solo, dopo la recita del finto dramma che gli confermò la colpa di costui; resta inerte. Viene fuori con le parole: « Prega, non debbo ucciderlo, andrebbe salvo in cielo » — Pare raffinata vendetta: in sostanza, è pretesto per nulla compiere. Tanto vero, che il fantasma paterno, poco dopo, riapparso a lui durante la Scena con la madre; dice, fra le altre cose: « Sono venuto per ravvivare il tuo ardore quasi estinto..... ». — Ha le *paure fantastiche* del neurastenico: cercando, fra l'essere ed il non essere, gli balena di un subito al pensiero la *possibilità di una angosciosa vita di sogni sotterra, chiuso nella tomba.*

E' irritabile, emotivo, come sono i nevrosici di questa specie. Si fa pallidissimo davanti al commediante che recita la uccisione del vecchio Re Priamo. Diviene irruente, leonino, presso alla tomba di Ofelia; ma subito va giù, sta depresso e muto.

Affanna terribilmente nel duello con Laerte: *è tutto in sudore.* Sente la brezza gelida della notte e si stringe nel mantello; quando move, la prima volta, incontro al fantasma del padre.

⁂

E' quindi un caso clinico? Un neurastenico grave, uno psico-astenico? — Del tutto, non lo è.

La sospettosità paurosa eccita in lui una disposizione a penetrare altre le anime, ad intuire le loro azioni.

Egli non prende equivoci: ha una *sicurezza di orientamenti,*

punto agevole a trovarsi negli psico-astenici, negli esauriti neuro-psichici.

Inoltre, quel meditare perenne, quantunque vada per colonne di idee, che salgono dal profondo e non si stringono in alto, non si compiono in alto; ciò nonostante, quelle colonne di idee sono così solenni, vaste, sublimi; da convenire per niun modo allo intelletto di un uomo infermo.

Se la fiducia in Orazio e l'ammirazione per l'avventuroso Fortebraccio, sono del fiacco, del *menomato volitivo*, in cerca di morali sostegni; importano ancora, che egli trovi, nel primo, un sereno equilibrio d'animo e di giudizio, l' ideale del saggio. E nel secondo, in Fortebraccio, contempli l'uomo di onore: quell'operoso sentimento di onore, che gli recava tormenti; ma era, in lui, praticamente nullo.

Ed, infine, i rapidi impulsi suoi? L'uccisione di Polonio ed il ghignare cinico? Il tranello del Re, ripiegato ai danni di quei due colleghi, i quali lo menavano a morte sicura nell' Inghilterra?

Impulsi, certamente (egli lo confessa), e con certa tinta di *perversione maligna*, di studiata *finta pazzia*.

E' vero. Ma si potrebbe (forse) dire, che furono atti di uomo, inasprito, debole, pauroso ed aggressivo in una; e furono a lui necessarii, od opportuni, per salvarsi dalle insidie del Re, suo zio.

E tanta inutile crudeltà verso la gentile Ofelia? Non rivela, in lui, la *frigidità amorosa*, ordinaria negli esauriti di simil genere?

Vero è, che potrebbe intendersi (in parte), come assorbimento nella *idea fissa, tiranna*, di vendicare il genitore, sagrificando ad essa ogni tenero affetto. Lo dice, subito dopo le rivelazioni del fantasma paterno, in quella notte, sugli spalti della Reggia.

Notisi adunque: i sintomi psiconeurosici del nostro sono a doppia faccia: per un lato, indicano morbosità tipica, notevolissima; per l'altro, si continuano nella *figura di un carattere* d'uomo,

serrato da circostanze di vita, assai complesse, pericolose molto.

Tuttavia quel Carattere si eleva, oltre sè medesimo: è indice di pensiero, unico, sovrano: lascia scorgere tutta una estesa visione degli uomini e del loro destino.

IV

Oltre il Carattere

L'ho affermato, or ora. Nei drammi dello Shakespeare i disegni umani si annullano. Francesco De Sanctis disse, che l'uomo *era tutto* in quei drammi.

Si, è vero; ma l'uomo istintivo, che va diritto, gagliardo, *mosso dalle passioni*, più violente, primordiali: ira, vendetta, ambizione, amore, piacere del male, crudeltà, paura e difesa.

Le anime buone sono vinte, quasi; si appartano di frequente: brillano, dolci, soavi, fra l'acceso contendere degli uomini.

Ed il poeta, ogni cosa, *da fuori, dall'alto,* contempla — Sopra i malfermi, impulsivi disegni umani, che si intrecciano, ed, a vicenda, elidonsi, toccando risultati, esiti, non preveduti; sopra, vi è il *disegno provvidenziale?* — Poco se ne vede, almeno, nei drammi massimi, quale il presente, o nel Re Lear, nel Macbeth, nello Otello. — Forse nel « Riccardo terzo »? Ne dubito.

In Macbeth, il disegno provvidenziale, il concetto di una superiore Giustizia, sgorga fatalmente dalla umana necessità, dalla umana natura. Il delitto è scuola agli altri di delitti *contro* l'autore, contro l' *iniziatore istesso* del male: il delitto trae con sè ben altre, innumerevoli uccisioni: la guerra genera la guerra.

Ed il tiranno si sente, alla fine, respinto dalla umanità. Egli dice:

...... Il cammin de la mia vita
Alla stagione de l'arida foglia
Che tutto sfiora, ahi venne! E ciò che suole
Scortar l'antica etade: onore, affetto,
Obedienza e buon corteo d'amici
Già per me più non sono; invece, *un sordo*
Sì, ma profondo maledir mi segue ....

E', per tale ragione, lo Shakespeare un pessimista? — Non mi sembra. Egli sta fuori di queste categorie di pessimismo e di ottimismo.

Realista formidabile, dipinge, rende, con verità piena, innumerevoli tipi umani. E' un rivelatore di abissi di anime (ho detto). Ed ha la consistenza obiettiva, complicatissima, inesorabile di Natura. I suoi personaggi hanno il capo nella luce; il resto della persona, giù, nelle oscurità di sotterra.

* * *

Ciò non di meno, lo Shakespeare fu inglese veramente; e fu inglese della epoca di Elisabetta.

Come il medico americano, il Dott. Beard, si messe, fra i primi, a descrivere, la neurastenia, e, nel paese, del *massimo lavorare;* così Guglielmo Shakespeare, vissuto fra uomini terribilmente, enormemente *volontarii;* creò il suo Amleto, un *malato,* un *fiaccato volontario.* E creò un uomo, dalle *profondità psicologiche inesplorate*; chè, in quel tempo, fu veramente profondo lo spirito umano, al Nord.

Amleto ebbe la rivelazione dell'assassinio paterno, nelle tenebre,

da un *fantasma*: disse, che vi sono cose al mondo, al di là di ogni Filosofia: andò innanzi con *prove*, interiori, psicologiche: si rituffò nelle tenebre. *Il resto è un eterno silenzio....:* sono le ultime sue parole.

Ecco la Umanità per lo Shakespeare: una *fulgida, sanguigna meteora*, che sorge dall'oscuro abisso di cielo notturno, e nello oscuro abisso dispare. — Mistero!

Si vede bene, che il poeta grandissimo fu di una terra, in cui sorgere dovevano l'*agnosticismo scientifico*, ed Herberto Spencer, assertore dello *Inconoscibile.*

. . .

Quale eroe non si trova in quei drammi? — Difetta, appunto, l'eroe, veggente, idealista, che fa della vita un apostolato, che attua un disegno provvidenziale al mondo.

Lo Shakespeare visse fra il 500 ed il 600, quando si erano distesi all'infinito i confini dell'universo. Fu nel secolo di Galileo, delle grandi scoperte astronomiche, della « pluralità dei mondi » del Bruno. Visse, quando, dopo le terre ultraoceaniche, vedute ed invase dal Portogallo, dalla Spagna, dall'Olanda; sorgevano gli audacissimi corsari inglesi, dominatori — La Riforma aveva spezzata la unità religiosa medioevale d'Europa. Apparivano (stelle di prima grandezza) i filosofi dai grandi sistemi: Cartesio, Spinoza, Leibnizio — Elisabetta d'Inghilterra, la figliuola di Arrigo VIII, (dall'animo duro, con intuito politico sagacissimo) *si fece insegna*, sostenitrice gagliarda di quella nuova vita riformata: vita (comunque la giudichino), *interiore, intensa ed arditissima.*

Lo Shakespeare ha nulla di veramente mistico; come non l'hanno i pensatori inglesi, studiosi della natura umana: Hob-

bes, Hume, il medesimo Spencer. Eppure, come questi, il precursore, il poeta grandissimo, ha un senso acuto della interiorità nostra, della psiche umana. E la considera.

Le meditazioni di Amleto sono senza principio e senza fine: sono voci eterne, che, d'una in altra èra, la Umanità ripete a sè medesima: interroga il suo destino: Sfinge, alta e muta, in mezzo ai deserti della Storia!

Un altro Eroe, un idealista apparve in quel tempo: « Don Chisciotte », figliuolo di opposta gente e di meridiana terra. Ma Don Chisciotte, *questo cavaliere dell'Ideale,* naufragò nel riso dei nobili e dei plebei; e, giunto a morte, si pentì: disse che la vita sua era stata tutta presa dalle illusioni.

Amleto ha nessuna illusione: vede giusto, spaventevolmente acuto, profondo. Che cosa spera lo Shakespeare, il realista inflessibile, vissuto nel 600?

V

......sovra un lieto idillio

Vi è un dramma: *La Tempesta* —, scritto dal poeta in sulla fine della sua carriera.

Nel dramma, l'eroe, a nome Prospero, è un mago, già Duca di Milano, spodestato da un malvagio fratello suo, che lo condannò a morte atroce. Prospero riparò in un'isola, disabitata, romita, cinta da solitario mare; riparò insieme ad una figliuoletta — E costei venne sù, crebbe, lungi dagli uomini, fra gli studii del padre, ed un mostro (metà uomo, metà bestia), e gli invocati spiriti ridenti dell'aria, o gli spiriti del suolo, delle onde marine.

Frattanto, alla testa di una flotta, una grande nave passa non lungi dall' isola — Vi sono imbarcati (con marinai e cortigiani) il Re di Napoli; il giovanetto figliuolo di costui a nome Fernando;

il Duca, usurpatore di Milano, protetto dal Re nelle persecuzioni contro il fratello Prospero.

Questi, Prospero, il mago, suscita, allora, una tempesta, che scompiglia la flotta: attira la nave del Re fra gli scogli dell' isola; e salva misteriosamente i naufraghi.

Fra i naufraghi, (ho detto) vi sono gli antichi suoi nemici, che tentano di compiere, giunti appena in quelle solitarie spiaggie, gli usati delitti; *ma l' isola è incantata, retta dal segreto potere del mago, che gli uomini avvolge, gira e rigira,* attraverso paure, stenti, innumerevoli e strane illusioni — Li fa inerti e pavidi.

Prospero, calmo, *sorride* — Dilegua, alla fine, gl' incantesimi: *concede la mano della figliuola sua al giovane Fernando.* Egli, con grande tenerezza, ama i due giovani — E tutti quelli, che gli recaron male: hanno, da lui, *perdono* — Reintegrato nel dominio suo, pensa di ridursi in Patria; e dopo, non lungi, a morire.

⁂

Possiamo, ora, affermare (se mai), che sia Prospero, che sia, *questo ultimo,* il «prediletto» di Guglielmo Shakespeare?

Che l' ideale, il prediletto sia: un uomo, dalla *mente serena,* remoto dalle passioni, il quale non odia, ma perdona; ed ha in sè la potenza della magia, *dominatrice* dei cupi desideri e delle azioni nostre?

Un uomo, sopra gli uomini, adunque!

E la Magia, come venne dal poeta intesa? Fu, per lui, finzione estetica, *finzione di Arte;* ovvero *sincera credenza,* che si potessero volgere gli umani destini, con misteriose pratiche, scrutando il bagliore, la posizione degli astri, o le nubi od i venti?

Non rechi maraviglia, che io avanzi una simile questione: alcuni uomini della Rinascenza, sommi d' intelletto, ebbero fede nella

Magia; sagrificarono, non di rado, alla credenza comune, alla comune superstizione.

Od, infine, quella, sia pure, finzione di Arte; fu, ancora, in Lui (*ovvero a noi sembra*), *il presentimento di una nuova potenza*, che, in quell'epoca, sorgeva; ed avrebbe pesato, nei venienti secoli, sovra la bilancia del mondo?

Non fu lo Shakespeare, contemporaneo di Bacone da Verulamio? Da qualche pazzesco interpetre non fu con il Verulamio confuso?

Mentre lo Shakespeare scriveva la «Tempesta»; Bacone meditava le opere: *Novum Organum — De dignitate et augmentis Scientiarum* —, che pubblicò qualche anno dopo la morte del poeta. In quei libri il Verulamio si disse *buccinator*, suscitatore, squilla della Scienza della Natura, *nuova forma di «potere» sugli uomini e sulle cose*.

Prospero, l'eroe sereno, il saggio, il mago; è, per noi, forse, l'araldo della Scienza nel mondo?

Potenza d'intelletto e di azione benefica, in uomo dall'animo, saldo e mite; che chiude, dentro breve giro soave, *nella letizia di una giovanetta inconsapevole e del giovane sposo*, tutto l'oscuro, implacabile destino della vita.

Il tragico pensatore china la fronte sovra un lieto idillio: tranquillo, sorride e muore.

DOTT. S. TOMASINI
Primario

L'IGIENE MENTALE
E GLI OSPEDALI PSICHIATRICI

Nell'ultimo numero di questo Giornale « Il Manicomio » (1) pubblicai una nota di tecnica psichiatrica, sostenendo il nuovo indirizzo che la Psichiatria ha preso, specialmente quello profilattico, e l'azione svolta per cercare di attuarlo da alcuni valorosi psichiatri, in America dapprima e poscia a Parigi, per mezzo di una propaganda quanto mai attiva e mediante la formazione di Leghe d' Igiene mentale.

Quel lavoro mi ha procurato una lettera del mio illustre Maestro, Senatore L e o n a r d o B i a n c h i, cortese quanto mai, provocata da una mia dimenticanza, poichè nella rassegna storica dell'argomento « son passato sopra ad un dato storico, che per il nostro paese è culminante ». Son Sue parole.

Ed in vero la dimenticanza, involontaria, è notevole; poichè non dà la priorità ad un insigne scienziato italiano su di un argo-

(1) TOMASINI — *L'Igiene mentale e [illegible] psicopatici [illegible]* — Il Manicomio, [illegible], nn. 2-3.

mento importante, che ci ritorna dall'estero, sol perchè noi facciamo tardi succedere l'azione all'idea.

Nella rassegna storica dello svolgimento del concetto profilattico delle malattie mentali, e, quel che è più, sul progetto di modificazione della nostra legislazione manicomiale, che è unito così indissolubilmente al primo, mi sono sfuggiti (e ne domando venia al Maestro) i lavori di Leonardo Bianchi, pubblicati negli « Annali di Nevrologia » del 1919 e 1920; (1) e non ho potuto riportare le discussioni e le polemiche suscitate sui periodici dalla relazione sulle nevrosi e psicosi presentata alla Commissione del Dopo-guerra (Sez. 24ª), specialmente quelle avvenuta nel Congresso dei medici alienisti italiani, tenuto a Casalecchio (Bologna) nel 1919 e gli argomenti sostenitori delle idee di Leonardo Bianchi da parte del Morselli, (2) di D'Ormea (3), di Antonini (4). Ma è certo che il concetto ordinatore, che indica il pensiero previdente dello Psichiatra e del Legislatore italiano, è lo stesso di quello che informano le Leghe d'Igiene mentale, sorte in America e a Parigi e man mano in altre città

Nella memoria del Prof. Leonardo Bianchi è chiaramente detto e sostenuto con copia di argomenti, che la guarigione non avviene nei Manicomi perchè *d'ordinario il ricovero è tardivo.* Ed è tardivo, specialmente per un giudizio morale, o pregiudizio, dato dal popolo sui ricoverati per cui « molte famiglie non « inviano nei Manicomi i loro congiunti colti da malattia mentale « acuta perchè il ricovero imprime un marchio umiliante, sia pure

---

(1) L. BIANCHI — *Relazione sulle nevrosi e psicosi alla Commissione del Dopo-guerra.* Annali di Nevrologia, 1919, anno XXXV. fasc. IV. V. e VI.

L. BIANCHI — *A proposito della invocata riforma della legge 1904 sui manicomi e sugli alienati* — Annali di Nevrologia. Anno XXXVII, fasc. I-II 1920.

(2) Quaderni di Psichiatria 1920 nn. 1 2.

(3) Rassegna di Studi Psichiatrici 1918-19.

(4) Bollettino dell'Associazione tra i medici dei Manicomi 1920.

« per pregiudizio antico, e compromettente dell'avvenire dell'in-
« dividuo e della famiglia.

E, soggiunge il Prof. Bianchi « non è vero che si tratti « di un semplice pregiudizio, ma di una realtà alla quale danno « un preciso valore le stesse pubbliche amministrazioni ».

Il Prof. Bianchi esamina l'altro lato del problema: « quello di svincolare il ricovero della maggior parte dei malati mentali dalle pratiche giudiziarie o questurali, le quali imprimono ad esso il carattere e le note di un affare « di pubblica sicurezza ».

Il Prof. Bianchi propone che non solo alle Cliniche psichiatriche ma anche ai Manicomi debba essere liberamente consentito di accogliere malati di mente, e che i folli o supposti folli, ovunque siano accolti, non debbono essere inviati con le solite pratiche burocratiche, sia alla Clinica sia ai reparti di osservazione dei Manicomi pubblici.

Però queste deduzioni e proposte del Prof. Bianchi alla Commissione del Dopo guerra non ebbero adesione e tanto meno pratica attuazione per le polemiche suscitate, anche fra gli alienisti.

Il progresso scientifico, le pubblicazioni ulteriori di tecnica psichiatrica, l'azione e propaganda svolta in questi ultimi anni dalle Leghe d'Igiene mentale in America e in Francia, e più particolarmente la trasformazione compiuta da Toulouse a Parigi del Manicomio da lui diretto, ed i tentativi fatti anche in Italia per trasformare i Manicomi in Ospedali psichiatrici, hanno fatto sì che gli alienisti italiani si rendessero ora conto della inferiorità in cui son posti i Manicomi italiani e la legislazione nostra.

Il Prof. Bravetta e il dottor Ciarla di Milano, il Prof. Beduschi se ne sono occupati in questi ultimi mesi nel giornale « La Federazione Medica » (1), manifestando idee favorevoli alla trasformazione dei Manicomi.

(1) La Federazione Medica: dicembre 1923, gennaio e febbraio 1924.

Il Prof. Pellacani di Bologna, nello stesso giornale, ci dà la notizia che il 1° Congresso internazionale d'Igiene mentale, avrà luogo a New-York nel 1925, essendosi trasportata la data, promosso dal 14° Congresso annuale del Comitato americano d'Igiene mentale l'8 Novembre 1923, e c'informa che l'Italia sarà rappresentata, probabilmente dal prof. G. C. Ferrari, che assistette al Congresso d'Igiene mentale di Parigi, e dal Prof. Ettore Levi, direttore dell'Istituto di Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale, che furono incaricati della organizzazione di una Lega italiana d'Igiene mentale.

Ora a me sembra che, pur essendovi due italiani nel Comitato internazionale, non rappresentanti di alcun Ente, essi non potrebbero essere che autorità personali, non investite di alcun mandato e non potranno parlare a nome di una lega che non ancora è stata organizzata, di cui non esiste alcun nucleo, e che non può quindi mostrare alcun fatto della sua attività.

E difatti di tale Lega d'Igiene mentale neanche in questi ultimi mesi ne ha fatto cenno alcuno il Prof. E. Levi nella sua « Difesa sociale »: il che vuol dire che non vi è ancora alcun principio di organizzazione, se gl'incaricati di promuoverla tacciono.

Il Pellacani svolge in quel suo articolo un programma completo di profilassi neuro-mentale e scrive a proposito di una Lega d'Igiene mentale: « Le direttive pratiche dalla base della « igiene ed eugenica generale dovrebbero specializzarsi; e partico- « larmente all'età infantile e giovanile dovrebbe indirizzarsi l'opera « profilattica: da quando si acquisiscono i primi cattivi semi o si « manifestano i sintomi iniziali delle future malattie mentali. Prin- « cipalmente le scuole primarie e secondarie, le scuole professio- « nali, d'arti e mestieri, popolari. ecc. e poi il servizio militare si « presterebbero bene a costituire centri di propaganda igienica e « meglio, di attività profilattica neuro-mentale: qualora vi fosse « contemplata una organizzazione istruttiva e medica nell'indirizzo

« della psicologià applicata alla scuola ed al lavoro; per la osser-
« vazione e sorveglianza dei giovani soggetti in rapporto alle loro
« condizioni mentali, carattere, sentimenti, tendenze e condotta;
« con possibile educazione e correzione precoce degli anormali,
« osservazione e cura delle tendenze e predisposizioni patologiche,
« e, nel campo fisiologico, studio delle attitudini lavorative e pro-
« fessioni e orientamento lel lavoro ».

« Il servizio militare, oltre che una istruzione intellettuale e
« morale dovrebbe dare ai giovani delle istruzioni particolari di
« lavoro, in rapporto alla loro capacità ed attitudine: tutti i lavori
« sono necessari, e sono eseguiti in quel vasto conglomerato che
« è l'esercito e le giovani generazioni, oltre al maneggio delle ar-
« mi per la difesa nazionale, dovrebbero perfezionarsi in attività
« lavorative, per la futura utilità sociale e insieme individuale e
« famigliare. Mi pare che anche la maggiore durata della ferma.
« con questi scopi, sarebbe socialmente e individualmente utile.
« Certo è che dall' insegnante di scuola e dal medico scolastico, e
« poi dall' istruttore e dal medico militare, dovrebbe essere svolta
« la prima e più essenziale opera di propaganda e profilassi negli
« indirizzi neuro - mentale.

E ciò oltre al campo delle varie malattie più o meno sociali, che qui è vano numerare.

Io opino che, alla istituenda Lega d' Igiene mentale, si voglia addossare, man mano che si discute, lo studio di molti argomenti speciali, che fanno capo già ad enti particolari, ed in cui l' igiene mentale è una branca, anche piccola, e vi entra perchè il cervello con le sue funzioni psichiche, certamente le più elevate, fa parte dell'organismo umano: così facendo, noi ci allontaniamo dagli scopi principali, che gli alienisti dei vari paesi si sono prefissi nel costituire la Leghe d' Igiene mentale.

E mi pare che anche il **C i a r l a**, se non si allontana dall'argomento principale, certo ritarda molto l'attuazione delle proposte

già fatte ed attuate fuori d' Italia, con la sua recentissima proposta di aggregare agli Ospedali generali un reparto psichiatrico con relativi ambulatori e dispensari, e di metterlo accanto alle Sezioni mediche delle altre specialità (1).

Io non sto a discutere i particolari del vasto progetto di aggregazione delle Sezioni psichiatriche all'Ospedale generale, altare maggiore della Medicina inscindibile; ma mi sembra che la proposta dia un colpo mortale alla Psichiatria italiana, la quale in questo ultimo mezzo secolo ha data una grande quantità di scienziati, tanto apprezzati all'estero, usciti tutti dai Manicomi oltre ad un vasto contributo alla Scienza.

Si noti che nel progetto Ciarla, perfino i Primari psichiatri dovrebbero essere scelti per concorso fra gli aiuti d'Ospedale, che avessero acquistati maggiori titoli psichiatrici.

In altri termini la proposta Ciarla tende ad aggregare una sezione psichiatrica agli Ospedali di Medicina; piuttosto che aprire una sezione libera ospedaliera nei Manicomi già costituiti.

Io credo che se si vogliono ottenere dei risultati pratici, oggi che le modifiche della legge sui Manicomi s'impongono, non ostante essa stia rinchiusa in un cassetto del Ministero, e non si sia iniziato ancora lo studio del relativo regolamento, noi dobbiamo ritornare indietro e copiare la Francia, l'America per quel che hanno attuato, e riferirci quindi, alle proposte fatte dal Bianchi nella Commissione del Dopo guerra quattro anni or sono.

Tanto più che Egli scrive: la mia proposta non era che un'introduzione ad una legislazione più liberale, più rispondente ai portati della esperienza e al progresso morale e scientifico del paese; era un saggio dell'opinione degli alienisti italiani e del le-

(1) ERNESTO CIARLA — *Per la profilassi e la cura dei malati di mente* — Quaderni di Psichiatria. Vol. XI. N. 1. 2, Genova 1924.

gislatore, e, s'intende facilmente, che, se accolta in massima, non poteva non avere lo svolgimento logico ineluttabile e il libero ricovero dei malati di mente, in qualsiasi pubblico istituto destinato alla cura ed all'assistenza dei folli, salvo, s'intende, il giudizio successivo al ricovero da parte dei sanitari dell'istituto, ove il malato fosse destinato.

Noi ci auguriamo che sorga la Lega d'Igiene mentale, con criteri di praticità, dato anche che la propaganda della profilassi e la lotta contro le malattie sociali è veramente progredita in Italia.

La lotta contro le malattie sessuali, contro la malaria, contro l'alcoolismo, il gozzo - cretinismo, la tubercolosi ecc., è già avanzata, e non solo nelle grandi città, ma anche nei piccoli centri; e, oltre le Università popolari, esistono da per tutto comitati di propaganda con conferenze per l'istruzione del popolo.

Noi dobbiamo insistere nella modifica della legge per trasformare i Manicomi chiusi, in Ospedali psichiatrici misti con reparto aperto, dove gli infermi, che volontariamente vi accorrono, possono essere ricevuti, curati, senza le formalità legali, che attualmente garentiscono l'ammissione in Manicomio, e dove possono, senza le solite formalità giudiziarie, essere dimessi. I malati di mente debbono esseri trattati come infermi comuni; solo che l'ammissione nei Manicomi debba essere causata dalla pericolosità degl'infermi.

E' questo il primo passo, e certamente il più difficile da compiere: tanto difficile che il Prof. Bianchi ne fu distolto, quando fu sul punto di presentare una interpellanza al Governo dal banco di deputato per chiedere le sudette modificazioni della legge sui Manicomi.

Ma oggi si è fatto già molto cammino e ci auguriamo che il Prof. Bianchi, dal suo stallo senatoriale, riprenda la sua proposta, dia l'alta intelligenza e ponga la sua autorità politica e

scientifica allo svolgimento ed all'attuazione di questo importante e capitale problema della Psichiatria italiana, in modo che questa potesse presentarsi al 1. Congresso internazionale di New York con uno elenco di quello che ha fatto in questo lasso di tempo.

Nocera Inferiore, marzo 1924.

BIBLIOGRAFIE

Lustig, Cesaris Demel, ecc. — ANAFILASSI — *Istituto Sieroterapico Milanese. 1923.*

E' un interessantissimo volumetto, pubblicato per cura dell' Istituto Sieroterapico Milanese, in cui è raccolta una serie di dotte conferenze, tenute agl' Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano, che compendiano quanto di più moderno e positivo si conosce sull' importante argomento dell'anafilassi. In esse sono trattati con competenza magistrale i seguenti argomenti:

Prof. A. LUSTIG — Generalità e storia dell'anafilassi.

» A. CESARIS DEMEL — Sulle alterazioni anatomo - patologiche dell'anafilassi.

» C. COMBA — Anafilassi da siero.

» P. RONDONI — L'anafilassi alimentare.

» C. FRUGONI — L'asma bronchiale anafilattico.

» G. FICHERA — Anafilassi in chirurgia.

» D. CESA - BIANCHI — La Tachifilassi.

» F. MICHELI — L' ipersensibilità tubercolare nei suoi rapporti coll'anafilassi, coll' immunità e colla terapia specifica della tubercolosi.

» A. ZIRONI — Idiosincrasia e fenomeno paradosso.

» S. BELFANTI — Sintesi.

Un riepilogo breve, chiaro, e nel contempo sufficiente, delle conferenze non ci è consentito dalla complessità degli studi nuovi, che hanno bisogno di ampia esposizione. L' indice generale di essi basta già da solo ad avvertire quale importanza abbia l'argomento, non solo per gli studiosi di biologia a di medicina generica, ma anche per i cultori di psichiatria, dati i rapporti che in determinate contingenze oggi si tenta di mettere in rilievo fra fenomeni psicopatici e processi anafilattici.

C. Ventra

RECENSIONI

R. Benon — MÉLANCOLIE VRAIE ET ASTHÉNIE PÉRIODIQUE — *L'Encéphale 1922 N. 10.*

Oggi un gran numero di psichiatri non ammette la melanconia: per essi ogni melanconico è un periodico o un demente precoce. Questa concezione kraepeliniana seduce per la sua semplicità e per la sua chiarezza; bisogna, però, riconoscere che essa é stata una reazione fortunata contro la degenerazione delle diverse espressioni cliniche.

L'A. pubblica un caso clinico che dimostra come la melanconia vera esiste, e che la melanconia periodica degli autori di oggi è della astenia pura; e quindi studia i caratteri diagnostici differenziali tra melanconia vera (d'origine emotiva) e l'astenia periodica (di natura distenica). Questi caratteri sono:

1. La melanconia si osserva ordinariamente in soggetti di 40 a 50 anni d'età (si può osservare in qualche soggetto giovine) e principia sempre per un'emozione motivata. Nel quadro clinico fanno difetto le idee deliranti di auto - accusa: esistono le idee di rovina. In certi ammalati predomina lo stato ansioso. L'astenia periodica debutta bruscamente: si forma in qualche ora, al più in qualche giorno. La sua comparsa non è preceduta da uno stato emozionale doloroso.

2. Nel melanconico vero, qualche volta, non sempre, si sviluppa progressivamente una sindrome astenica secondaria e proporzionata alla intensità e alla durata del dolore morale. L'infermo dichiara il proprio abbattimento, la sua depressione, ma non è tenace, persistente nella valutazione dei sintomi che presenta.

Nell'astenico periodico non si constata aumento progressivo dei sintomi: durante tutto l'accesso, l'astenia persiste presso che allo stesso grado.

3. Nella melanconia vera si hanno idee d'auto - accusa (idee di colpevolezza, idee d' indegnità, idee di rovina) che sono in relazione diretta con lo stato emozionale primitivo (allucinazioni, e confusione mentale).

Nell'astenia periodica non si osserva la inquietitudine, determinata dalle conseguenze familiari e sociali causate dalla malattia; per lo più si hanno idee di persecuzione o idee ipocondriache vaghe, mal sistematizzate, basate su interpretazioni assurde. Le allucinazioni, la confusione mentale non complicano che raramente l'astenia periodica.

5. La melanconia vera recidiva raramente.

L'A. perviene alle seguenti conclusioni:

La melanconia vera e la melanconia periodica degli autori sono di natura differente: la prima è una malattia o sindrome distimica (dus, thumos, disturbo dell'emotività); la seconda è una malattia o sindrome distenica (dus, sthenos, disturbo del tono nervoso). Così l'affezione debutta bruscamente per l'astenia; nella prima lentamente per un disturbo emotivo; l'astenia resta sempre allo stesso grado; nella prima aumenta progressivamente; nello stato astenico raramente si determina delirio; nell'altra le idee di auto - accusa si riattaccano allo stato emozionale primitivo: nella seconda la fine dell'accesso è brusco, nella prima si ha per lisi; qui la recidiva è la regola; lá invece la recidiva è rara.

S. Tomasini

Roger Dupuy — LES HALLUCINATIONS PSYCHIQUES — *L'Encèphale, 1922. N. 8.*

Sotto la denominazione di allucinazioni psichiche generalmente vengono inglobati fenomeni mentali molto differenti fra loro: stati subonirici, rappresentazioni mentali ad immagini intensificate, allucinazioni psicomotrici, allucinazioni psichiche pure senza l'accompagnamento di alcun elemento sensoriale o motore, senza esteriorità spaziale ecc. Esse sono state differentemente comprese dai diversi autori, e oggi si tende a separarle dai fenomeni allucinatori, e considerarle come rappresentazioni mentali o delle interpretazioni deliranti.

Secondo Dupuy ciò è un errore ed esse sono benissimo di ordine allucinatorio: la loro caratteristica differenziale è che l'immagine sensoriale non è proiettata alla periferia del sistema sensitivo.

L'A. fa la storia delle allucinazioni psico - sensoriali e psichiche o pseudo - allucinazioni, da Baillarger a Seglas, Kandinsky a G. Petit, che studia queste ultime sotto il nome di autorappresentazioni appercettive e che le definisce: rappresentazioni mentali automatiche, subiettive (senza intervento di alcun elemento sensoriale, motore o cenestetico) ed esogene (risultato d'una creazione estranea all'io)

Questi ha studiato principalmente l'allucinazione del linguaggio, (allucinazione psico - verbale), cioè la percezione automatica d'immagini mentali (uditive, visive o motrici) che servono all'espressione del pensiero; e le riscontrò:

1. nei malati al principio di una psicosi allucinatoria;

2. negli allucinati in cui il delirio è nelle vie del regresso;

3. nei soggetti deliranti, ma indenni di disturbi psico - sensoriali completi (vere allucinazioni).

L'A. cerca di studiare l'allucinazione psichica dal punto di vista psicologico, e rimonta alla percezione, atto misto sensorio - psichico, ma essenzialmente intellettivo; basato sulla nozione della rappresentazione mentale, senza la quale esso non esiste.

L'elemento rappresentativo, da principio assente nel fenomeno iniziale della pura sensazione, si associa poco a poco all'elemento sensoriale e affettivo nel fenomeno della percezione, e finalmente diviene preponderante. E' la legge di Hamilton: « la percezione è in ragione inversa della sensazione ».

La percezione si compone dunque: 1. di una eccitazione sensoriale periferica (impressione); 2. di uno stato di coscienza (sensazione); 3. di una serie di rappresentazioni che permettono d'interpretare questa sensazione come prodotta da un oggetto e di localizzarla in una data direzione. Queste rappresentazioni multiple sono possibili grazie alla memoria, che conserva il frutto delle esperienze anteriori sotto forma di giudizi relativi all'identificazione di un corpo, al calcolo di una distanza, alla determinazione di un suono ecc.

L'allucinazione, « la percezione senza oggetto » di Ball, si costituirà degli stessi elementi, rappresentativi e sensoriali, appartenenti alla percezione: ma con una differenza capitale fra allucinazione e per-

cezione: questa è provocata da un'eccitazione reale delle nostre estremità nervose specializzate; quella è determinata da un'eccitazione di origine centrale e cerebrale; e questa origine anormale dell'impressione, misconosciuta dall'io, è riflessa verso la periferia, come nei fenomeni conosciuti sotto il nome di illusioni degli amputati.

L'origine delle allucinazioni pare sia tanto il centro delle immagini sensoriali, quanto quello delle rappresentazioni intellettuali, chè tutti e due intervengono nel meccanismo della percezione, donde le due specie di allucinazioni, l'allucinazione vera o sensoriale, l'allucinazione psichica o rappresentativa.

Questa distinzione ha un interesse clinico: la diagnosi di allucinazione psichica è altrettanto grave che quella di rappresentazione mentale, in cui si crea una obbiettivazione apparente del pensiero, e non ammette altra causa che l'io: il suo determinismo è sempre cosciente, come il teomane che si crede Dio, il profeta che vaticina, sa tutto, conosce tutto per intuizione e divinazione della sua persona. L'allucinazione psichica caratterizza uno stato delirante, la rappresentazione mentale non è che uno stato di concentrazione intellettuale (idea fissa e rappresentazione mentale volontaria , uno stato di fatica di sogno o di ossessione (rappresentazione mentale involontaria).

Nel dominio del linguaggio, sistema simbolico e rappresentativo speciale formato d'immagini uditive, visive e motrici, l'A. distingue, (tralasciando le immagini visive):

l'allucinazione psico - verbale uditiva interna o endofasica, nella quale il linguaggio interiore, endofasia di S e g l a s , è localizzato all'interno del soggetto fasico (si parla col pensiero nella testa):

l'allucinazione psico - verbale motrice interna o endocinetica (cinestesica semplice di S e g l a s , orale o grafica) nella quale il malato non ha che la sensazione delle parole pronunziate, scritte senza movimenti di articolazione o di scrittura percettibili e ne riferisce l'origine ad altri, (mi parla nelle labbra nella bocca; sento quello che mi si vuol fare scrivere ecc.).

Esse costituiscono il primo grado di allucinazioni psico - sensoriali, con punto di partenza rappresentativo, ideatorio, all'inverso del sensoriale bruto e non differenziato.

S. Tomasini

Sciuti M. — Un caso di nevralgia metatarsea anteriore (Malattia di Morton) — *Rinascenza medica. N. 7 - 8. Anno I. 1924.*

L'A illustra con interessanti ricerche radiologiche, cliniche e anatomo - patologiche un caso di nevralgia metatarsea anteriore, originato da emangioma della testa del 4° metatarso.

Il quadro clinico presentato dalla paziente studiata dall'A. è simile a quello tipico riscontrato in altri casi di malattia di Morton, cioè: dolore localizzato alla regione metatarso - falangea 4. di destra, a tipo subcontinuo, che si aggravava con il carico, nel cammino, con la fatica e che aveva imposto alla inferma un'andatura speciale.

Il reperto radiografico era stato negativo in rapporto alla sindrome. Il dolore scomparve in seguito alla resezione della testa del 4. metatarso. All'esame istologico fu riscontrato sulla 4. falange, al lato esterne, un nodulo fibro - angiomatoso (emangioma doloroso o tubercolo doloroso), ch'era l'unica causa della sindrome dolorosa.

L'A., dopo aver riportato le varie opinioni intorno alla patogenesi della malattia di Morton, conclude ch'è necessaria una revisione critica, per decidere se tale malattia debba essere considerata come una nevralgia essenziale o primitiva, oppure come conseguente ad altra affezione, oppure si origini da una deformazione dell'arco plantare.

C. Ventra

Buscaino V. M. — Ammine tossiche presenti in circolo in amenti — *Rivista di patologia nervosa e mentale Vol. XXVIII. Fasc. 9 - 10. Firenze 1923.*

L'A. ha trovato la presenza di ammine abnormi (reazioni nere col nitrato d'argento a caldo) nelle urine di amenti, le quali compaiono nel corso della malattia, sono indipendenti da manifestazioni febbrili, e scompaiono con la guarigione. Tali prodotti tossici si formano proba-

bilmente nell'intestino tenue, e determinano fenomeni di insufficienza epatica che ne facilitano il riassorbimento.

E poichè tali ammine l'A. le ha trovate anche nei dementi precoci e nel delirium tremens, trae la conclusione che il delirium tremens è una forma di amenza, e che la demenza precoce e l'amenza rappresentano due aspetti differenti di un unico processo biologico morboso: intossicazione da *particolari* ammine.

C. Ventra.

Buscaino V. M. — ALTERAZIONI DEL FEGATO E DELL'INTESTINO TENUE IN MALATI (AMENTI, DEMENTI PRECOCI, « ENCEFALITICI ») CON AMMINE ABNORMI NELLE ORINE — *Rivista di patologia nervosa e mentale Vol. XXVIII Fasc. 11 - 12 Firenze 1923.*

L'A. ha studiato le condizioni del fegato e dell'intestino in alcuni malati di demenza precoce, amenza, encefalite, che presentavano nelle orine la reazione nera intensa alla prova con il nitrato d'argento a caldo, ed ha trovato lesioni acute (colliquazione) e lesioni croniche (reazioni connettivali del parenchima epatico, nonchè alterazioni parallele a carico dell'intestino tenue: congestione, frequentissimamente a chiazze disseminate, anche emorragiche, con eventuale atrofia della mucosa.

Da ciò l'A. trae argomento per concludere che i composti d'istammina, che danno la reazione nera nelle orine, e che sono dotate di azione cirrogena per il fegato, in malati con sindromi croniche del sistema piramidale, in amenti, encefalitici, ecc., hanno la loro probabile sorgente nell'intestino tenue. L'esame batteriologico e chimico del contenuto intestinale, previo sondaggio del duodeno, risolverà con precisione il quesito etiologico delle dette cause morbose.

C. Ventra

Buscaino V. M. — Ammine tossiche presenti in circolo in dementi precoci, mancanti in maniaci e in melanconici — *Rassegna di studi psichiatrici. Vol. XII. Fasc. 4 - 5 Siena 1923.*

L'A. dimostra la presenza di ammine abnormi nelle urine di dementi precoci, che si dimostra più vivace all' inizio della malattia, e prosegue in forma intermittente, senza ritmo particolare, tanto in forme antiche che recenti.

Considera perciò la demenza precoce come una *malattia acquisita,* sia pure di un cervello spesso biologicamente debole, e, rispetto all'encefalo, tossica; dovuta alla presenza in circolo di sostanze particolari (ammine) e, in special modo, di composti d' istammina.

Iniettando in conigli l' istammina allo stato di cloruro, si determina, a lungo andare, la comparsa di tipiche « zolle di disintegrazione a grappolo », dell' alterazione, cioè, così frequente nell' encefalo dei dementi precoci.

Tali ammine mancano in maniaci e melanconici, tanto che l'A. ritiene che la reazione del nitrato d' argento a caldo debba perciò considerarsi come discriminativa tra forme schizofreniche e forme pure di mania e malinconia.

Notiamo che il problema è tutt' altro che risoluto. Il Sallustri, all' ultimo congresso psichiatrico di Roma, ha mosso valide obbiezioni alle conclusioni del Buscaino circa le zolle di disintegrazione a grappolo dei dementi precoci, dimostrando che tali zolle si riscontrano anche in cervelli sani e in cervelli di animali, ed interpetrandole perciò come artefatti di tecnica.

C. Ventra

Anno XXXVII 1924 N. 2

IL MANICOMIO

GIORNALE DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II

DIRETTO DAL

Prof. Domenico Ventra

LIBERO DOCENTE DI PSICHIATRIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
DIRETTORE DEL MANICOMIO

E REDATTO
DAI MEDICI DEL MANICOMIO

NOCERA INFERIORE
TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO
1924

"IL MANICOMIO,, Giornale di Psichiatria e Scienze affini, esce ogni quadrimestre, formando a fin d'anno un volume di 300 pagine. Pubblica lavori originali, riviste sintetiche, bibliografie, recensioni.

Gli autori di memorie originali riceveranno 50 estratti con copertina.

Dei libri mandati in dono, anche dalle Case editrici, si fará un sunto bibliografico.

ABBONAMENTO ANNUO

per l'Italia e Colonie **L. 30**, un fasc. separato **L. 10**,
« l'Estero . . . » **50**, » » » » **20**.

Per tutto quanto riguarda il Giornale, anche per le inserzioni a pagamento, rivolgersi alla **Redazione di «Il Manicomio»**
Nocera Inferiore (Salerno)

SOMMARIO DEL N. 2.

Lavori Originali:

Bibliografie:

Recensioni:

IL MANICOMIO

IL MANICOMIO

GIORNALE DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II

DIRETTO DAL

Prof. Domenico Ventra

LIBERO DOCENTE DI PSICHIATRIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
DIRETTORE DEL MANICOMIO

Anno XXXVII — 1924

NOCERA INFERIORE
TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO

1924

MANICOMIO INTERPROVINCIALE V. E. II
NOCERA INFERIORE

DOTT. CARMELO VENTRA
MEDICO ORDINARIO

Sindromi epilettiche di natura endocrina

La fisiopatologia del sistema endocrino - simpatico ha portato una vera rivoluzione in biologia; e da quando le dottrine costituzionalistiche hanno orientato la nostra mentalità scientifica nel senso di considerare la funzione dei varii organi e sistemi non come avulsa dalle restanti parti dell'organismo ed in essi limitata e circoscritta, ma invece come ingranata nella fabbrica corporea dell'individuo, in virtù di quel *consensus partium* realizzato dal sistema endocrino - simpatico, anche la funzionalità del microcosmo cerebrale è stata adeguata alle nuove dottrine, e considerata sotto l'aspetto della sua correlazione con le funzioni complesse di tutte le altre parti dell'organismo. Sicchè oggi anche le malattie mentali, che le esigenze didattiche ci avevano abituati a poco a poco ad isolare quasi, e considerare come prodotti morbosi del solo organo « cervello », vengono riaccostate sempre più verso una considerazione più ampia e più comprensiva del processo morboso, che, se trova nel cervello il *locus minoris resistentiae*, riconosce ancora in particolari condizioni dell'organismo le ragioni patogenetiche di esso. S'intende che non

ci riferiamo con ciò a quelle malattie mentali che hanno la loro origine in un processo anatomopatologico di focolaio dell'asse cerebro-spinale, bensì a quel numero stragrande di psicopatie, che hanno il loro fondamento sostanziale nella costituzione degl'individui, oppure in condizioni patologiche, che abbiano comunque alterato la costituzione stessa, nei suoi varii aspetti morfologico, neuropsichico e dinamico-umorale. Il fatto che i malati di mente presentano ordinariamente una serie più o meno cospicua di fenomeni degenerativi somatici (Parhon), ci dimostra che la causa efficiente della manifestazione morbosa cerebrale non risiede soltanto nel cervello, ma interessa più o meno profondamente tutta la complessa costituzione individuale, pur avendo nel cervello, come dicevamo, il *locus minoris resistentiae*. Sicchè i concetti di predisposizione e di costituzione degenerativa, che stanno a base di moltissime malattie mentali, non devono essere più oggi intesi nel senso esclusivamente localistico della massa cerebrale, ma in un senso più lato e comprensivo, che trascende la schematica realtà anatomica, senza escluderla, e si estende verso modificazioni biochimiche od umorali, che concorrono a preparare nel cervello e nell'organismo le condizioni biopatologiche necessarie e sufficienti allo sviluppo della psicopatia.

L'epilessia è appunto una di quelle malattie che diciamo a fondo costituzionale degenerativo. S'intende che alludiamo all'epilessia essenziale, o genuina, o idiopatica, e non a quelle forme di epilessia che sono conseguenza frequente di cerebropatie.

Ora studi recenti tendono a dimostrare, con ragioni fondate che la patogenesi dell'epilessia essenziale non si limita ed esaurisce soltanto in una particolare reazione epilettica del cervello, in tal senso potenzialmente predisposto, ma che questa predisposizione cerebrale, la quale può essere congenita od acquisita, si accompagna a particolari anomalie biochimiche dell'organismo, le quali possono essere anch'esse congenite od acquisite, e sono determinati da fat-

tori endogeni od esogeni. Alcuni autori anzi — nota il Cesaris Demel — tendono a far rientrare anche l'epilessia nel quadro delle manifestazioni anafilattiche.

Ciò premesso, è d'interesse grandissimo non soltanto per la patogenesi, ma anche per la terapia di tale funesto morbo, ricercare quale e quanta influenza abbiano eventuali alterazioni patologiche del sistema endocrino - simpatico, che in virtù del principio solidaristico - correlazionistico, quasi da esso impersonato, domina tutta la biologia moderna e la biologia umana in ispecie.

Su questo argomento i pareri degli autori sono discordi. C'è chi nega qualsiasi influenza endocrina nella genesi dell'epilessia; c'è chi pensa a disturbi endocrini casualmente concomitanti, o, al massimo, agenti come rafforzatori o provocatori delle crisi epilettiche; c'è chi crede invece che disturbi endocrini rappresentino, almeno in alcuni casi, la condizione patogenetica dell'epilessia.

E' interessante in proposito riportare la opinione dei varii autori, che il Bandettini di Poggio riepiloga in sintesi breve e pressochè completa nel suo studio circa i rapporti tra il sistema nervoso e le secrezioni interne:

« Tenchini trovò in tre epilettici giovani diminuizione « di volume e di peso in confronto alla norma della tiroide. Ra- « madier e Marchand osservarono in quattro casi di « epilessia lesioni sclerotico - atrofiche della tiroide; in due casi « tiroide integra. Amaldi su otto casi esaminati di frenosi epi- « lettica notò lesioni tiroidee sole in due. Claude e Schmier- « geld trovarono in 17 casi esaminati la tiroide quasi completa- « mente alterata. (peso inferiore al normale, sclerosi con atrofia del « parenchima, scarsezza o ritenzione di sostanza colloide) e notarono « anche lesioni discretamente spiccate, ma non costanti nè uniformi, « nelle ghiandole paratiroidi, nell'ipofisi, nelle surrenali e nelle « ovaie. Alterazioni simili furono confermate da altri autori (Claus « e van der Stricht, Benigni, Dialti, Erdheim).

« Zalla ha studiato dal lato anatomopatologico le varie ghian-
« dole a secrezione interna nell'epilessia e in diverse forme morbose
« neuropsichiche.

« Dalle sue ricerche risulta che sono frequenti nell'epilessia
« essenziale gravi alterazioni della ghiandola tiroide, ma che queste
« alterazioni non sono specifiche nè caratteristiche, ma in genere
« sembrano deporre per una deficiente o pervertita funzione tiroidea
« e che il difetto endocrino, pur non rappresentando la causa della
« malattia fondamentale, può eventualmenle concorrere ad aggra-
« varne la sintomatologia. — Claude e Lejonne credono
« che le lesioni tiroidee, pur non essendo caura dell'epilessia, possa-
« no contribuire a provocare crisi convulsive.

« Garbini, che ha portato notevole contributo di ricerche
« sulla istologia delle ghiandole a secrezione interna nelle malat-
« tie nervose e mentali, nei dati di fatto accorda coi reperti di
« Zalla e degli altri osservatori; egli però ritiene che le ghian-
« dole endocrine possano avere importanza e considerazione se non
« nella genesi, per lo meno nel decorso e sintomatologia delle
« malattie nervose e mentali: ed a proposito dell'epilessia enuncia
« la probabilità che le crisi convulsive sieno legate ad ipofunziona-
« lità tiroidea, risultando la ghiandola tiroide costantemente o
« quasi alterata gravemente in questa malattia; e riporta la sca-
« rica epilettica al dato e fatto di mancata produzione od immis-
« sione in circolo di quantità sufficiente di sostanza colloide, per
« cui viene alterato il ricambio materiale ed impedita la fissazione
« di tossialbumine allo iodio.

« Parhon nell'esame di 51 casi di epilessia, rilevò costan-
« temente peso medio della tiroide al disotto del normale, modifi-
« cazioni istologiche frequenti per quanto variabili e non specifiche.
« e modificazioni dal punto di vista chimico (abbondanza di iodio
« nella tiroide). Egli ritiene che dette alterazioni possano avere la
« loro parte nel determinismo degli attacchi.

« Hofmeister sacrificando, con acido carbonico, conigli « tiroidectomizzati constatò che questi si spegnevano lentamente di « confronto ai controlli che presentavano convulsioni.

« Prevost e Mioni osservarono che applicando cor- « renti alternate alla nuca di giovani cani normali e stiroidati, « in questi si determinano convulsioni solo toniche mentre nei « normali e più adulti si osservano convulsioni cloniche; e con- « clusero che l'ablazione del corpo tiroide nei giovani cani stiroi- « dati ostacola lo sviluppo del cervello e prolunga il periodo « durante il quale le convulsioni cloniche mancano o sono poco « marcate. Facendo la tiroidectomia in animali che presentavano « convulsioni, ottennero la diminuizione di esse.

« I predetti AA trovarono ancora che il trattamento tiroideo « avvicina dal punto di vista delle convulsioni cliniche gli ani- « mali stiroidati agli animali di controllo sani.

« Dal punto di vista clinico Jeandelize indicò frequente « l'associazione nell'epilessia di fenomeni di ipotiroidismo; Her- « toghe segnalò la facile presenza, che viene confermata da « Levi e Rothscild, di crisi convulsive nei mixedematosi « o negli ascendenti dei mixedematosi; Browning e Broo- « klin hanno visto convulsioni in un bambino mixedematoso « ed in due rachitici, di cui uno nato da madre gozzuta; Mosse « e Rapd osservarono idioti con gozzo ed epilessia; Kurelli « e Battet notarono epilessia in figlio di basedoviana; Bastin « epilessia in gozzuti.

« Le alterazioni a carico delle surrenali, e paratiroidi rappre- « sentano reperti troppo rari per assurgere a speciale significato « e considerazione.

« La persistenza del timo fu osservata in discreto numero di « casi (Ohmacher, Vollaud).

« L'influenza della pubertà rappresenta in molti casi l'epoca « in cui la nevrosi comiziale per la prima volta compare o subisce

« aggravamento; e spesso la mestruazione ha influenza sfavorevole
« sulle crisi epilettiche. Ciò fa sospettare una partecipazione delle
« ghiandole genitali.

« Wenzel trovò costantemente nell'epilessia l'ipofisi congesta
« e Boyce e Beadles negli epilettici la constatarono gene-
« ralmente più piccola. Tali due reperti sembrano accordarsi pen-
« sando che nella crisi convulsiva e nello stato epilettico l'ipofisi
« vada soggetta a fenomeni congestizi, e che nelle forme prolungate
« si abbia il suo esaurimento funzionale ed atrofia. Wenzel e-
« nuncia l'ipotesi della patogenesi ipofisaria dell'epilessia, che sa-
« rebbe basata anche su raffronti sperimentali, inquantochè Cyon
« ed Horshley coll'eccitazione elettrica leggera e continuata
« dell'ipofisi osservarono convulsioni epilettiche, e crede che un
« iperpituitarismo determini intossicazione dei centri nervosi in-
« quantochè Bosc Mairet avrebbe osservato in epilettici au-
« mento della frequenza degli accessi convulsivi coll'uso di sostanza
« pituitaria.

« A proposito dell'importanza dell'opoterapia nell'epilessia es-
« senziale ricorderò che furono segnalati soddisfacenti risultati
« coll'uso di tiroide (Levi, Rotschild, Dercum, Bastin,
« Cerf, Pioche): di ipofisi (Tucker); di paratiroide (Vas-
« sale, Munaron); di estratto pancreatico, onde fu data
« importanza all'ipersurrenalismo nella patogenesi dell'epilessia
« (Corson, White. Stevenson) e di ovaia (Toulu-
« se - Marchand).

Pende scrive che nell'uomo paratireoprivo sono state os-
servate tutte le forme dell'epilessia, ed assegna una particolare im-
portanza ai casi in cui i fenomeni tetanici sono appena manifesti,
e si hanno solo *accessi* a forma di *piccolo male* o di stupore epi-
lettico. Riferisce inoltre un caso tipico, in cui gli accessi epiletti-
formi si manifestarono dopo il terzo giorno della tiroidectomia per
gozzo cistico in una giovane di 20 anni, che però aveva il padre

alcoolista, e 15 giorni prima dell'operazione aveva presentato un accesso convulsivo a tipo ,isterico.

Maranon, in un recente lavoro, critica l'opinione di alcuni clinici, che hanno voluto trovare un rapporto di causalità tra alcune affezioni nervose come la neurastenia, l'epilessia, l'isteria, e determinate anomalie ormoniche; ed ammette solo che tali anomalie rappresentano il terreno su cui germogliano le affezioni sudette.

Buscaino ha trovato nell'epilessia alterazioni qualitative della secrezione tiroidea (zolle di cellule cromofile, cristalli ottaedrici, proteine abnormi, granuli protoplasmatici neri, incostanti cristalli di ossalato di calcio; noduli linfoidi nella tiroide già segnalati da Gorrieri, formula ematologica nei periodi interaccessuali analoga a quella delle ormonopatie tiroidee.

Egli sostiene per l'epilessia essenziale la patogenesi tiroidea; e riporta l'accesso epilettico ad una crisi anafilattica endocrina, presumendo che nella tiroide degli epilettici si abbia talora accumulo di *proteine abnormi*, formazione di anticorpi proteolitici o sensibilizzazione dell'organismo verso sostanze proteiche o disintegrazione di esse.

Pende ancora, nella recensione al lavoro del Buscaino, fatta nella rivista di *Endocrinologia e patologia costituzionale*, osserva giustamente che non si può ridurre tutta l'epilessia a un distiroidismo, e che il policausalismo o meglio il policondizionismo di tutte le sindromi che noi osserviamo nelle individualità malate, non deve mai per un momento solo perdersi di vista. Egli crede che sia più consono col principio del preponderante valore patogenetico dei fattori costituzionali, l'ammettere, nell'epilessia genuina, « una *costituzionale reazione epilettica* del cervello di certi individui, esteriorizzata facilmente da condizioni variabili, tra cui condizioni di anafilassi, ed essenzialmente mantenuta così da anomalie strutturali e reattive autoctone ereditarie o congenite delle cellule

cerebrali, come da anomalie d'eccitabilità di origine disormonica, senza che si possa dare un'importanza preponderante, in questo disormonismo, alla tiroide.

Riteniamo esatto questo concetto del Pende; ma crediamo che, oltre ai casi, forse i più numerosi, in cui il fattore endocrino ha soltanto il valore di *esteriorizzare* e *mantenere* la costituzionale reazione epilettica degl'individui, ve ne siano altri, in cui sia molto difficile negare che una condizione disormonica rappresenti l'elemento causale della reazione epilettica del cervello, specialmente sotto forma di psicosi epilettica.

Abbiamo qui sott'occhio due casi clinici che, mentre da una parte ci danno la dimostrazione chiara ed evidente di questo nostro concetto, confermano dall'altra il policausalismo o policondizionismo ormonico delle sindromi epilettiche.

Si tratta, in un caso, di epilessia genuina, manifestatasi, senza precedenti ereditarii o biopatologici di sorta, in un individuo robusto e sano, alcuni mesi dopo una lesione traumatica con asportazione del testicolo destro; e, nell'altro caso, di un individuo anch'esso precedentemente robusto e sano, ed immune da qualsiasi precedente ereditario, in cui si sono manifestati degli accessi confusionali ricorrenti con impulsi, che rivestono tutti i caratteri clinici di equivalenti psico-epilettici, dopo circa tre mesi dell'asportazione del lobo sinistro della tiroide, per atto operativo.

OSSERVAZIONE I.

C. G. di anni 34, contadino, di Sansevero (Foggia), è stato ammesso in Manicomio il 10 maggio 1923.

Dal certificato medico si rileva ch'è nato in modo normale, è stato sempre buono ed affettuoso, d'intelligenza media, e non ha sofferto mai malattie degne di nota. In famiglia non vi sono precedenti di malattie mentali e nervose.

Prestando servizio militare e trovandosi alla fronte, il 5, 6. 917 è stato ferito leggermente da schegge di granata alla gamba sinistra, e abbastanza gravemente allo scroto, con asportazione del testicolo destro. E' stato tre mesi e mezzo all'ospedale, e dopo, dichiarato inabile alle fatiche di guerra, è stato inviato a Manfredonia. Qui, nel 1918, si é sviluppata l'attuale psicopatia, e, mandato a Chieti, è stato colá riformato. Ha manifestato idee deliranti e accessi convulsivi con perdita della coscienza, cui seguivano pallore, tendenza al mutacismo e confusione mentale.

Il dottore che ha redatto il certificato medico d'internamento nel Manicomio, afferma che la causale della malattia deve ricercarsi nella ferita al testicolo destro, avuta in guerra.

Ho voluto assumere notizie anamnestiche più precise e dettagliate, e ne ho chieste alla famiglia.

In data 28 giugno 1923 mi è pervenuta la seguente lettera del Presidente della Sezione Mutilati e Invalidi di guerra di Sansevero:

« In riscontro della stimata di lei lettera in data 18 volgente, all'indirizzo di C. L., genitore dell'invalido di guerra C. G., costà ricoverato, si comuníca, per vivo interessamento del detto genitore quanto appresso:

1. In famiglia non vi è alcun malato nervoso o mentale.

2. L'infermo non ha sofferto accessi convulsivi prima della ferita ed infermità contratte in guerra.

3. Gli accessi convulsivi si manifestarono posteriormente alla ferita da scheggia di granata al testicolo destro, riportata il 5. 6. 1917

in combattimento a Monfalcone con reparti del 137. fanteria, ferita che fu causa di atrofia del testicolo destro ed istero - neurastenia.

Si aggiunge che il C. G. nella visita collegiale subita il 29. 5. 1920 presso il Collegio Medico Legale Permanente di primo grado a Chieti, è stato assegnato alla 9. categoria delle pensioni per 3 anni ».

Il C. G. é individuo di media statura, ossuto. un pò dimagrito, dallo sguardo incerto e dall'occhio vitreo; bradilalico, torpido nelle manifestazioni somatiche e psichiche. E' lucido e ben orientato, conserva buona memoria, si dà conto della sua malattia. Dice che godeva ottima salute, ma che dopo la ferita al testicolo è divenuto inabile al lavoro, irascibile, soggetto ad accessi convulsivi e confusionali.

Alla gamba sinistra si notano due cicatrici non aderenti ai tessuti sottostanti, per lievi ferite. Una cicatrice vasta si nota alla metá destra dello scroto. Il testicolo destro è scomparso; il testicolo sinistro è di volume normale, piuttosto duro e indolente alla pressione. Antropologicamente non presenta anomalie degne di nota. Tipo longilineo. La sensibilità generale è stata sempre normale. I riflessi iridei, cutanei e tendinei normali. Romberg assente. Babinski assente. Il campo visivo è alquanto ristretto concentricamente.

Il primo accesso convulsivo. con perdita assoluta della coscienza, si è manifestato all'indomani del suo ricovero in Manicomio.

Tre giorni dopo, cioè il 13. 5. 923, ha avuto una crisi di eccitamento con confusione mentale. Mentre stava seduto sopra uno scanno, è balzato in piedi, ha lacerato i panni che aveva addosso, ha cominciato a dare pugni e calci contro le porte, poscia è corso verso il cesso, ed ha tentato d'infilarvi dentro le gambe; infine s'è abbattuto per terra, come svenuto, pallido in faccia. Riavutosi di questo stato dopo circa un quarto d'ora, si é agitato, tanto che ha dovuto essere represso col giubbetto.

Nei giorni seguenti gli accessi convulsivi si sono ripetuti con frequenza di due e tre al giorno.. Spesso si eccita, e diventa loquace ed irrequieto, ma è innocuo. Le fasi di eccitamento si alternano con periodi più o meno lunghi di calma.

Il 26. 5. 923 si è iniziato il trattamento terapeutico con 30 gocce

al giorno di orchitasi Serono, sostituita il 18. 6. 1923 con una iniezione al giorno di endospermina, dell'Istituto Sieroterapico Milanese.

Di questa cura si è alquanto giovato, perchè gli accessi convulsivi si sono diradati, ripetendosi una o due volte al giorno, e mancando talvolta per intere giornate. E' tranquillo, lucido, però alquanto emotivo ed eccitabile.

Il 18. 6. 923 si è voluta saggiare la reazione del soggetto all'adrenalina, con la prova del Goetsch. Dopo aver prima notato la frequenza abituale del polso, ch'è di 70 pulsazioni al 1', e la pressione arteriosa che è di 95 mm. di mercurio (sfigmomanometro del Riva-Rocci), si è praticata alle ore 16.45 una iniezione di adrenalina da 1 cm.3 dell'Istituto Sieroterapico milanese, e si son notate le seguenti reazioni imponentissime:

Dopo mezz'ora:	polsi 80	pressione	art.	70
» un'ora:	» 76	»	»	40
» un'ora e mezzo:	» —	»	»	—

Verso le ore 17.30 il malato, che stava seduto sopra una sedia, ha cominciato a lamentare che l'arto sinistro, alla cui natica era stata praticata l'iniezione, lo sentiva pesante come un quintale (senso d'ingorgo). Vedea tutto girare intorno, e sentiva il bisogno di sdraiarsi. Divenuto ansioso, sentiva come se gli mancasse la vita. Le estremità erano divenute gelide; i padiglioni delle orecchie gelidi; il viso ed il tronco caldi. Il polso era diventato piccolo, filiforme, non molto frequente. Si era manifestato un tremore generalizzato con senso di freddo, come da brivido febbrile.

Si é dovuto sospendere l'esame, e metterlo a letto ben coperto, praticandogli iniezioni di olio canforato.

A letto ha cominciato a piagnucolare con ritmo cadenzato il seguente ritornello: « tata mio bello fatto, tata mio bello fatto ». Non rispondeva alle domande.

Dopo circa mezz'ora si è calmato completamente. Son cessati il tremore, il senso di freddo, l'ansia. Si è alzato da letto, ed ha mangiato. Un altro quarto d'ora dopo ha avuto un accesso convulsivo.

La prova del Goetsch, che il Vaquez e Dimitracoff

considerano come una vera reazione biologica, e che permette di assicurarsi dell'esistenza o della non esistenza dell'ipertiroidismo, è in questo caso spiccatamente positiva. Vedremo in seguito il valore di questo dato.

Il 19. 6. 923 gli si è praticata una iniezione di endospermina, senza notare alcuna reazione.

Il 20. 6. 923 si è ripetuta l'iniezione di adrenalina, e questa volta le reazioni fisiopsichiche, per quanto molteplici e vivaci, non hanno assunto la violenza della volta precedente.

Dopo aver notato le pulsazioni normali, che sommavano a 82, e la pressione arteriosa al Riva - Rocci, che segnava 90, si è praticata alle ore 16,15 la iniezione di un cm.³ di adrenalina dell' Istituto Sieroterapico Milanese, e si è notato:

Dopo mezz'ora:	polsi 80	pressione art.	85
» un'ora:	» 76	» »	83
» un'ora e mezzo:	» 76	» »	83

Mentre prima dell'iniezione il malato era vivace, lucido, tranquillo, ordinato, euforico, caldo, e presentava soltanto le mani fredde con lieve cianosi di quella destra, dopo mezz'ora dall'iniezione perde la vivacità di prima, comincia a dar segni di sofferenza fisica, accusando il solito senso d'ingorgo all'arto sinistro, diventa cianotico in volto, con le labbra livide, le orecchie livide e fredde, le pupille midriatiche e l'occhio smorto. Dinoccola disordinatamente la testa. Interrogato, risponde a stento, brevemente, con voce fioca, come se non avesse la forza di emettere i suoni vocali. Dice che vede tutto girare intorno.

Tali fenomeni durano circa un quarto d'ora con intensità, poi gradualmente diminuiscono, fino a scomparire. Alle ore 17,20 il malato stesso dice che non vede più girare le cose intorno, ma sente la testa pesante. E' più sereno in volto, risponde alle domande con facilità e e robustezza maggiore della voce. Le orecchie e la mano destra son tornate calde; la lieve suffusione cianotica del viso, delle orecchie e della mano sinistra è scomparsa. Dura ancora alla mano destra. La midriasi permane per altro tempo. L'ammalato ritorna nelle condizioni di prima.

Reazioni pressocchè simili si verificano ogni volta che si praticano iniezioni di adrenalina.

Le iniezioni di endospermina sono invece bene tollerate; anzi producono un certo effetto modificatore sulla frequenza e sulla intensità degli accessi convulsivi. Questi infatti, dopo un mese di cura, si sono diradati sempre più, ed il paziente è tranquillo, più tollerante, meno reattivo. Il carattere epilettico sembra un pò modificato.

Nel luglio 1923 invece gli accessi convulsivi, ancora più diradati, sono sostituiti da crisi di eccitamento con impulsi. Di botto, si getta per terra con movimenti disordinati e scomposti, striscia sul ventre, agitando le gambe e le braccia, si rotola, si contorce, tira calci e pugni contro gli ostacoli che incontra in questo suo dimenarsi, grida e invoca santi e madonne. Spesso bisogna reprimerlo col giubbetto.

Perdurando tali condizioni, è stato trasferito nella Sezione Agitati, ed il 19. 7. 923 è morto per stato epilettico.

L'esame delle urine, ripetuto più volte, anche dopo le iniezioni di adrenalina, è risultato sempre pressocchè normale. Non si è notata glicosuria adrenalinica. Non si è potuta praticare l'autopsia, per l'opposizione dei parenti, presenti quando è morto.

Diagnosi: *Psicosi epilettica.*

OSSERVAZIONE II.

G. R. di anni 44 da Attilia (Cosenza), è stato ammesso in Manicomio il 5 giugno 1923. Faceva il contadino al paese nativo, fino a 10 anni or sono. Emigrato in America, si mise a fare il fabbro.

E' stato sempre di sana e robusta costituzione fisica, di carattere mite, lavoratore. Non ha sofferto malattie degne di nota. In famiglia non vi sono stati malati nervosi o mentali.

Aveva al collo, e propriamente alla regione tiroidea sinistra una tumefazione della grandezza di un uovo, che gli dava fastidio, per la compressione meccanica, dice lui. In America decise di farsi operare, e gli fu infatti estirpata quella parte della tiroide, che dava origine alla tumefazione.

Dopo circa tre mesi dell'atto operativo, ha cominciato a dar segni

di squilibrio mentale. Tornato in Italia, riprese il mestiere di contadino; ma frequentemente doveva abbandonare il lavoro, perché veniva colto da crisi di eccitamento, con impulsi aggressivi e perdita della coscienza. Una volta cercò di aggredire con un coltello un compaesano, e poichè questi era sfuggito, il paziente si colpì al petto con lo stesso coltello. Altre volte si produsse ferite agli arti e al torace con armi e con pezzi di vetro, in uno stato d'incoscienza. Un giorno, senza motivo alcuno, prese a calci e pugni la moglie ed un bambino di circa un anno.

Tali accessi si alternavano con periodi più o meno lunghi di calma completa, e si manifestavano a volte in seguito all'uso di bevande alcooliche, a volte spontaneamente, nel più bel periodo della massima serenità.

Divenuto pericoloso per sè e per gli altri, è stato internato in Manicomio.

All'atto del ricovero, il 5. 6. 923, è lucido, tranquillo, ben orientato, un pò depresso, con atteggiamento di persona superiore. Presenta tre cicatrici lineari all'arto superiore sinistro, conseguenti a tagli che dice di essersi prodotti con la lama di una pialla, senza motivo. Qualche altra cicatrice ha per il corpo. Al giugulo, rasente al bordo superiore delle clavicole, si nota una cicatrice da ferita chirurgica, per operazione sulla tiroide, che dev'essere stata asportata in gran parte. Non si riesce a palpare neanche il lobo destro, che pure non dovrebbe essere stato intaccato dall'atto operativo.

Il paziente aggiunge che si decise a farsi operare, sia perchè la compressione della tumefazione gli dava fastidio, sia perchè soffriva d'insonnia e di cefalea, e i medici americani gli consigliarono la tiroidectomia. Però il dolore di testa non gli è cessato. Si ripete accessualmente ad intervalli più o meno lunghi, e lo fa soffrire assai.

Dopo l'operazione è stato colto da disturbi psichici. E' depresso e facilmente eccitabile. E' colto spesso da idee deliranti, che riesce in tempo a controllare. Gli pare a volte che tanto le persone di casa, quanto gli estranei, vogliano burlarlo; ma poi si accorge che sono idee false le sue, e si ravvede.

Spesso è impulsivo, e non riesce a dominarsi. Ricorda confusamente di aver aggredito un compaesano col coltello, ma ricorda appena

qualche cosa soltanto, perchè la moglie gli ha rievocato minutamente il fatto. Egli non aveva coscienza di quel che faceva in quel momento. Ammette di avere battuto la moglie per un impulso irresistibile, ma non il bambino; assicura di non averlo toccato, mentre invece nel certificato medico è affermato il contrario. Asserisce che non aveva mai sofferto di tali disturbi, i quali si manifestarono due anni or sono, circa tre mesi dopo l'operazione subita.

E' lucido, coerente, percepisce bene, ma presenta un torpore fisico e psichico. E' bradicardico (50 pulsazioni a 1').

Abbiamo chiesto notizie anamnestiche alla famiglia, ed il medico curante ci ha risposto nei termini seguenti:

« 1. Fra i familiari non vi sono stati mai ammalati nervosi o mentali.

« 2. L'infermo, prima dell'operazione alla tiroide, godeva ottima salute.

« 3. L'attuale malattia si è manifestata due o tre mesi dopo dell'atto operativo, con idee deliranti, impulsi aggressivi, e tendenza a fare ed a farsi del male. Dopo tali accessi ritorna tranquillo, lucido, lavoratore. Le crisi di eccitamento si accentuano in seguito all'uso di alcoolici, ma generalmente si manifestano senza causa apparente, nel più bel periodo di tranquillità ».

Il 10. 6. 923 in Manicomio diede segni di eccitamento. Tentò di scappare. Si presentava stordito e depresso, ma con un occhio lucido, che contrastava con l'espressione del volto. Cominciò ad agitarsi e ad inveire contro il personale di custodia, tanto che ha dovuto essere represso col giubbetto. Tale fase di eccitamento è durata due giorni, dopo i quali è entrato nel solito stato depressivo.

Il giorno 13. 6. 923 gli si è iniziata la cura con iniezioni di endotiroidina, le quali, dopo alcuni giorni, hanno prodotto il solo effetto di aumentare costantemente la frequenza del polso (88 pulsazioni a 1'). Le condizioni fisiche e psichiche rimanevano invariate.

Il 18. 6. 913 si saggia la prova del Goetsch.

Normalmente: polsi 88 a 1' — pressione arteriosa (Riva-Rocci) mm. 110.

Si pratica un'iniezione di adrenalina da 1 cm.3, dell' Istituto Sieroterapico Milanese, alle ore 17, e si notano le seguenti reazioni:

Dopo mezz'ora:	polsi 100	pressione art. 90
» un'ora;	» 94	» » 195
» un'ora e mezza:	» 88	» » 95

L'ammalato non ha avuto altre reazioni degne di nota. E' rimasto depresso, come stava. Nulla ha avvertito subbiettivamente. Non si sono manifestati tremori, nè disturbi vasomotorii, nè angoscia.

In questo caso la prova del Goetsch è incerta, in quanto si manifesta la tachicardia, ma la tensione arteriosa subisce delle oscillazioni abnormi e discordanti, e mancano le reazioni generali.

Il 30. 6. 923 si sono associate le iniezioni quotidiane di adrenalina a quelle di endotiroidina.

Le condizioni fisiche e psichiche rimangono invariate. Si mantiene depresso, scontroso, taciturno; spesso non risponde alle domande.

Il 5. 7. 923 ha avuto un accesso confusionale più intenso, con disordini e irrequietezza. Si rotolava per terra, batteva coi pugni sul tavolo e coi piedi per terra, però non faceva male ad alcuno.

Calmatosi il giorno appresso, ha detto di non ricordare nulla di quel che aveva fatto il giorno precedente. Ha saputo dire soltanto che si sentiva la testa confusa, e che ora aveva le idee più chiare.

In seguito ha avuto altri scatti impulsivi e aggressivi, ed altre crisi di eccitamento, tanto che si è dovuto trasferirlo in sezione Agitati.

Nel dicembre 1923 pare abbia avuto allucinazioni, ed era ancora irrequieto ed aggressivo.

Febbraio 1924. Da parecchio tempo si presenta calmo, disciplinato, governabile. Risponde adeguatamente alle domande, ma con evidente sforzo di rievocazione dei fatti, anche recenti. Presenta lacune mnemoniche. E' orientato esattamente nel tempo e nello spazio. Però è sempre torpido nelle manifestazioni fisiche e psichiche, e non si adatta ad alcun lavoro. Il campo della coscienza é alquanto ristretto, e il gioco delle idee molto limitato.

Avendo sospeso da circa due mesi la cura opoterapica, si nota di nuovo la bradicardia che esisteva prima di tale cura. Le pulsazioni abitualmente sono 66 a 1'.

ESAME COSTITUZIONALE

Età	anni	44
Altezza	cm.	165
Peso del corpo	Kg.	61
Grande apertura delle braccia	cm.	174
Diametro bisacromiale	»	38
Circonferenza toracica	»	92
Lunghezza dello sterno (dall'inc. giug. alla base ap. ens.)	»	17
Lunghezza xifo - epigastrica (dalla base del proc. ensiforme fino al punto d'incrocio della linea mediana verticale del corpo con una orizz. tirata a livello del margine inferiore della X costa	»	8
Lunghezza pubio - epigastrica (da quel punto epigastrico al margine sup. sinfisi pubica)	cm.	26
Lunghezza degli arti superiori (dal margine dell'apofisi acromiale fino alla linea art. del polso)	»	58
Lunghezza degli arti inferiori (dalla testa del femore all'articol. del piede)	»	83
Diametro trasverso toracico (a livello 4. costa) . . .	»	26
Diametro antero - posteriore toracico (a livello 4. costa)	»	21
Diametro trasverso ipocondriaco (a livello della metà della distanza xifo - epigastrica)	»	29

Diametro antero - posteriore ipocondriaco (come sopra) .	»	20
Diametro trasverso del bacino (tra i due punti più distanti delle creste iliache)	»	29
Valore degli arti	»	141
Valore toracico (espresso in litri)		16.162
Valore addominale superiore (espresso in litri) . . .		4.64
Valore addominale inferiore » » . . .		15.08
» » totale » » . . .		19.72
Valore del tronco		35.882

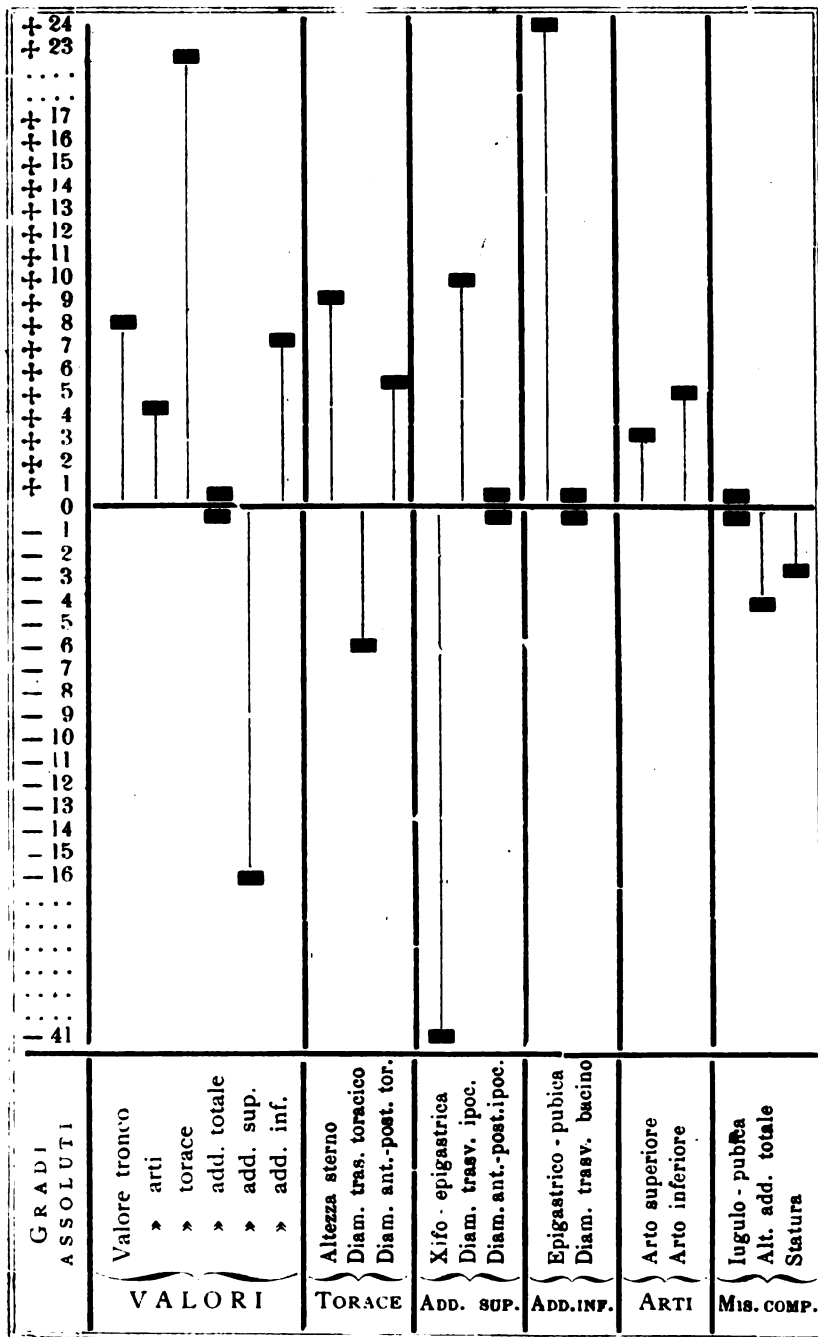
Capo

Grande circonferenza (alla base)	mm.	540
Semicirconferenza anteriore	»	290
» posteriore	»	250
Curva longitudinale	»	310
» trasversa (biauricolare)	»	310
Somma delle tre curve principali	»	1160
Diametro antero - posteriore	»	195
» biparietale massimo	»	144
» frontale minimo	»	100

Indice cefalico	»	73.84
Tipo cranico		dolicocefalo
Altezza della fronte	mm.	60
Larghezza della fronte	»	120
Altezza della faccia (dal mento alla glabella)	»	140
Diametro bizigomatico	»	110
» bimandibolare	»	100
Distanza mento - auricolare destra	»	130
» » sinistra	»	130
Angolo facciale (Jacquart)	»	75
Capacità cranica (3 curve + 2 diametri)		1499

SCHEDA ANTROPOMETRICA di G. R. (misure fondamentali)

NUMERO	MISURE	REALI	GRADI	CLASSIFICA ANTROPOMETRICA
	Valori calcolati			
1	Valore tronco	35.88	+ 8	Tipo costituzionale misto, con prevalenza di caratteri longilinei, in complesso non molto deviato dalla norma.
2	» arti	141.0	+ 4	
3	» torace	16.16	+23	
4	» add. totale	19.72	0	
5	» add. superiore	4.64	—16	
6	» add. inferiore	15.08	+ 7	
	Misure toraciche			
7	Altezza sterno	17	+ 9	
8	Diametro trasv. toracico	26	— 6	
9	Diametro ant. - poster. toracico	21	+ 5	
	Misure addom. sup.			
10	Xifo - epigastrica	8	—41	
11	Diametro trasv. ipoc.	29	+10	
12	Diam. ant. - post. ipoc.	20	0	
	Misure addom. infer.			
13	Epigastrico - pubica	26	+24	
14	Diam. trasv. bacino	29	0	
	Arti			
15	Arto super. al polso	58	+ 3	
16	Arto infer. al malleolo	83	+ 5	
	Misure composte			
17	Iugulo - pubica	51	0	
18	Altezza add. totale	34	— 4	
19	Statura	1.65	— 2	

SCHEDA ANTROPOMETRICA di G. R. (quadro di deform.)

L'esame costituzionale, condotto col metodo V i o l a, non lascia rilevare elementi patologici interessanti. E' un individuo di tipo misto, con prevalenza di caratteri longilinei, in complesso poco deviato dalla norma. Il cranio non presenta anomalie morfologiche, nè segni di pregressi traumi. Attualmente è alquanto deperito nel fisico. Nulla di patologico si nota a carico dei varii organi ed apparecchi.

La funzione sessuale è ben conservata. La sensibilità generale è normale. I riflessi iridei, cutanei e tendinei sono normali.

Il riflesso oculo-cardiaco è negativo. Parimenti negativi sono il riflesso di E r b e n, quello del S a m o g g i e quello del L ö v i. Esiste dermografismo rosso.

L'esame delle urine, ripetuto più volte, anche dopo le iniezioni di adrenalina, non ha dato risultati degni di rilievo.

La forza muscolare è ben conservata, sebbene il paziente avverta subbiettivamente senso di fiacchezza. Al dinamometro del M a t h i e u si nota:

Mano destra	29
» sinistra	28
A due mani	47

20. 4. 924. Da un mese circa gli si è praticata la cura combinata di iniezioni quotidiane di endotiroidina, associate con 40 gocce al giorno di paratiroidina V a s s a l e. Non ha avuto più crisi di agitazione, nè scatti impulsivi. Però si è notato in questi ultimi mesi un infiacchimento sempre più notevole di tutti i poteri psichici.

E' sempre torpido, abulico, stuporoso, disaffettivo; ma percepisce bene, si sforza di rievocare fatti e rispondere alle domande adeguatamente, associa correttamente le idee, è lucido.

Diagnosi: *Equivalenti epilettici.*

Per quanto in atto non si possa ancora parlare di uno stato demenziale vero e proprio, pure comincia a manifestarsi nella psiche del paziente un avviamento graduale verso la demenza consecutiva.

I due casi clinici soprariferiti hanno una importanza particolare, perchè dimostrano con evidente chiarezza l'esistanza di sindromi epilettiche d'indiscutibile natura endocrina.

Noi abbiamo riportato in principio l'opinione in proposito dei vari autori; ed abbiamo visto come qualcuno soltanto ammette, con circospezione e con riserve, questo concetto patogenetico; mentre gli altri in generale lo negano, pur riconoscendo al sistema endocrino, le cui anomalie sono frequentissime negli epilettici, un'azione stimolatrice, o rivelatrice, o rafforzatrice della manifestazione epilettica.

Ora noi crediamo invece di poter affermare e dimostrare che, pur lasciando impregiudicata per ora la tesi generale, se l'epilessia essenziale possa considerarsi o meno, in ogni caso, di natura endocrina, vi siano dei casi in cui la natura endocrina dell'epilessia non può in alcun modo essere messa in dubbio.

Abbiamo visto che il Pende ed altri autori assegnano una grandissima importanza all'elemento endocrino, specialmente tiroideo, nei rapporti con l'epilessia: però sostengono che tale elemento agisce sulla costituzionale reazione epilettica del cervello, esteriorizzandone la manifestazione.

Ora questo fatto non è sempre vero, perchè vi sono dei casi in cui di predisposizione neuropatica, e tanto meno epilettica, non è dimostrabile neppure l'ombra. E poichè la manifestazione epilettica succede ad un disturbo più o meno complesso della funzione endocrina, bisogna ammettere che, almeno in questi casi, il disormonismo ha un indiscutibile valore patogenetico. Di tale asserzione ce ne danno la prova provata i due casi di cui abbiamo riferito la storia clinica. Esaminiamoli.

Osservazione I. C· G. è un giovane di 33 anni, robusto e sano, buono, affettuoso, di media intelligenza. Il 5-6-1917 in un combattimento a Monfalcone, viene ferito allo scroto, con asportazione di gran parte del testicolo destro, il quale è oggi ridotto in proporzioni inferiori a quelle di una noce avellana, duro, indolente

alla pressione, aderente alla faccia interna della cicatrice scrotale. Dopo tre mesi di cure chirurgiche, viene dichiarato inabile alle fatiche di guerra, ed inviato a Manfredonia. Qui nel 1918 gli si manifestano i primi segni dell'attuale malattia, *con idee deliranti e attacchi convulsivi.* Per cinque anni questo suo stato lo rende compatibile con l'ambiente familiare.

Nel maggio 1923 deve essere condotto in Manicomio, ove gli viene riscontrata una sindrome epilettica classica, come risulta dalla storia clinica riferita.

In questo individuo la sindrome epilettica si manifesta dunque dopo alcuni mesi dal trauma subito.

In questo periodo di tempo nessuna altra condizione è intervenuta, che possa essere invocata come la causa dell'epilessia. La storia clinica è muta; o meglio, ci dice qualche cosa di positivo, che serve ad escludere qualsiasi predisposizione alla malattia di cui è affetto. L'anamnesi del gentilizio è negativa, sia rispetto alle malattie nervose e mentali, sia verso le altre cause (alcoolismo, sifilide, ecc.) che avrebbero potuto creare una predisposizione all'epilessia. L'anamnesi individuale è parimenti negativa rispetto alle condizioni sopracitate.

Osservazione II. G. R. è anch'esso un individuo robusto e sano, di carattere mite e buono, lavoratore. Faceva il contadino.

Andato in America, intraprese l'arte del fabbro. In America, soffrendo d'insonnia e di cefalea, nonchè di disturbi di compressione per ipertrofia del lobo tiroideo sinistro, obbedisce al consiglio di quei chirurgi, e si fa operare di tiroidectomia. Non sappiamo quanta parte della tiroide sia stata asportata: il lobo sinistro certamente, perchè ipertrofico.

Guarito della lesione chirurgica, ripiglia il suo lavoro. Però, dopo tre mesi circa, comincia ad avere idee fisse ossessive, cambia di umore e di carattere, diviene taciturno, indolente, abulico, scontroso, ed a poco a poco si manifesta l'attuale sindrome, che

lo conduce al Manicomio, e che ha tutti i caratteri di un equivalente epilettico.

Anche l'anamnesi del gentilizio di G. R. è negativa verso le malattie mentali e nervose, e verso le loro cause predisponenti. In tal senso parimenti negativa è l'anamnesi individuale.

Per l'uno e per l'altro fanno fede di ciò le storie cliniche riferite in dettaglio, e le relazioni in proposito dei medici curanti ai quali ci siamo rivolti deliberatamente e per maggiore garenzia. Quindi tanto nell'uno, quanto nell'altro caso, possiamo escludere senz'altro la predisposizione *costituzionale* alla psicopatia di cui sono affetti. Tutto al più, possiamo ammettere una predisposizione *acquisita:* ma allora in tal caso la predisposizione è patologica, cioè determinata da un processo morboso: e di processi morbosi che abbiano potuto determinare tale presumibile predisposizione, non sappiamo rintracciarne altri, all'infuori di un disormonismo dipendente dalla lesione iniziale della tiroide e del testicolo.

A tal proposito, dobbiamo tener conto di un altro dato di fatto importantissimo: che cioè, la sindrome epilettica non compare, in fase acuta, subito dopo il trauma, la qual cosa avrebbe potuto, se mai, farci pensare ad un'ipotetica, se pure inspiegabile, azione riflessa, che avesse messo in evidenza la psicopatia potenzialmente latente; ma essa si manifesta dopo alcuni mesi dal trauma, e progredisce e si complica lentamente, in modo d'autorizzarci a pensare che sia sorta e sviluppata in dipendenza di un processo morboso cronico, lentamente evolutosi e stabilizzatosi. Non solo; ma nei nostri due soggetti si nota una profonda e sostanziale trasformazione del carattere, la quale logicamente ci fa supporre che sia in essi avvenuta una modificazione globale della costituzione originaria, rivelantesi specialmente attraverso anomalie del tessuto più debole e facile a subire le influenze perturbatrici della normale funzionalità, qual'è il tessuto nervoso. E questa trasformazione del carattere non può essere messa a carico, se non di una modificazione della

situazione ormonica, causata dal trauma grave di due fra le più importanti glandole endocrine.

A questo punto può sorgere il dubbio che il trauma abbia potuto generare per via nervosa, come abbiamo accennato, il fenomeno epilettico, E' necessario, perciò sgombrare il terreno di questo dubbio.

Prima di tutto con le diagnosi di pazzia traumatica bisogna andare molto cauti, come giustamente fa notare il Morselli, e non parlare di pazzia traumatica ogni volta che nell'anamnesi individuale si riscontra notizia di un trauma più o meno lontano. Ma poi i casi di epilessia traumatica sono limitati a quelli in cui un forte trauma cade sul capo, oppure a quelli in cui un grave trauma commotivo mette in evidenza la potenziale reazione epilettica del cervello, già predisposto in tal senso. Il Bianchi nel suo *Trattato di psichiatria*, dedica un capitolo apposito alle pazzie traumatiche, ove riepiloga quanto di più completo e concreto si è concluso sull'argomento, ed afferma appunto che queste si manifestano o in seguito a lesione diretta del cervello, o per gravi commozioni, o in seguito a traumi sul capo, i quali producono di conseguenza una minore resistenza dell'encefalo agli agenti morbigeni, e determinano quindi una predisposizione acquisita alla pazzia. Il Dupouy, lo Charpentier e l'Obersteiner sostengono che nei casi in cui un trauma genera l' isterismo o l'epilessia, c'era già negl' individui la predisposizione latente a tali malattie: gl' isterici e gli epilettici traumatici erano già potenzialmente isterici ed epilettici.

Ora nei nostri soggetti mancano queste condizioni fondamentali dell'epilessia traumatica: mancano cioè i forti traumi al capo, e manca la predisposizione costituzionale dell'epilessia, su cui il trauma avrebbe potuto esplicare una ipotetica azione riflessa, esteriorizzandone il processo morboso. Non solo; ma se anche questo fosse stato possibile, non sapremmo poi spiegarci come mai la manifestazione morbosa sia comparsa ad alcuni mesi di distanza,

quando cioè ogni più lontano ricordo del trauma era completamente scomparso. Sarebbe quindi un assurdo voler invocare nei nostri due soggetti la semplice azione traumatica, come elemento causale delle sindromi epilettiche.

Ed allora non ci resta che rivolgere le nostre considerazioni al fattore endocrino, il quale è l'unico elemento che possa essere, con fondate ragioni, considerato come generatore e condizionatore di tali sindromi. Infatti noi possiamo benissimo pensare che la ipofunzione della tiroide e del testicolo, lesi dal trauma, abbia profondamente turbato la situazione ormonica dei due soggetti, e che tale perturbamento, sistematizzato in senso cronico, abbia portato nella costituzione di essi quelle particolari trasformazioni biochimiche ed umorali, che hanno generato ad un tempo la trasformazione costante del carattere e la manifestazione epilettica. Naturalmente tale disfunzione endocrina, che noi possiamo rintracciare nei nostri due soggetti, non ha potuto sostanzialmente modificare l'aspetto morfologico della costituzione, per ragioni facili a comprendere, e si è riflettuta principalmente sull'aspetto neuropsichico e dinamico - umorale della loro personalità. Sicchè la nostra indagine semiologica endocrina dev'essere necessariamente limitata alle reazioni generali dell'organismo, e particolarmente a quelle neuropsichiche e cardiovascolari, su cui specialmente una disfunzione endocrina intercorrente può far sentire la propria influenza in ogni epoca della vita.

Consideriamo separatamente i due casi:

Nel primo caso le modificazioni dello psichismo sono evidenti e profonde. Il nostro soggetto, prima del trauma, era un individuo buono, laborioso, affettuoso, intelligente.

Dopo la lesione del testicolo, l'intelligenza, la sentimentalità, la volontà e il carattere subiscono una graduale trasformazione, fino a raggiungere le condizioni gravi, che presenta all'atto dell'internamento in Manicomio. Anche nei periodi di maggiore

tranquillità, nell'intervallo degli accessi, egli è abulico, chiuso in sè stesso, fisicamente e mentalmente come rattrappito, torpido, puerile alquanto nel gesto, nella condotta, nel discorso, nelle richieste, rarissimamente euforico, quasi sempre in un atteggiamento tra il depresso e lo scontroso, facilmente eccitabile e reattivo. Presenta in modo chiaro quello che dicesi *carattere epilettico*. E l'origine di questa trasformazione del carattere non si saprebbe a che cosa attribuirla, se non ad una disfunzione endocrina, causata dalla lesione al testicolo.

Tale disfunzione endocrina è messa in evidenza dai seguenti fatti:

La prova del Goetsch può dirsi nettamente positiva, giacchè l'iniezione di adrenalina produce tachicardia e gravi fenomeni generali, come vertigini, tremori, angoscia, senso d'ingorgo all'arto ov'è stata praticata l'iniezione, ecc. Ma il comportamento della tensione arteriosa si rivela abnorme.

La tensione arteriosa, che avrebbe dovuto anch'essa aumentare, diminuisce invece sempre più, fino a raggiungere i 40 mm. di Hg. dopo un'ora. Non solo; ma bisogna inoltre considerare che normalmente la frequenza del polso e la tensione arteriale sono inferiori alla norma. Ora, siccome la reazione del Goetsch positiva parla in favore dell'esistenza di un ipertroidismo, questa reazione ipertroidea si manifesta soltanto accessualmente, in seguito all'iniezione di adrenalina, ma nelle condizioni ordinarie non si riconosce in alcun fatto; anzi lo stato abituale del polso e della tensione arteriosa parlerebbe in senso contrario all'ipertiroidismo.

C'è infatti abitualmente una lieve ipotensione arteriosa, che, com'è noto, si riscontra in stati d'insufficienza ipofisaria, tiroidea, timico-linfatici, ed anche in certi casi d'insufficienza genitale (Pende).

Il Pende fa rilevare « ch'è assai interessante, nell'apprezzamento delle azioni adrenaliniche, tener conto del fatto che certe

dosi, e che certe condiziosi possono invertire del tutto l'azione dell'adrenalina. Così, se s' intossica l'animale con ergotossina, si può avere vasodilatazione ed ipotensione, anzichè vasocostrizione ed ipertensione, rilasciamento di certi muscoli lisci, anzichè contrazione, per effetto dell'adrenalina. Questi fatti ci dicono che l'azione dell'adrenalina nel sangue corcolante, in un dato individuo, è relativa allo stato di recettività dei tessuti su cui essa va ad agire, recettività che può essere modificata da speciali condizioni ». Queste condizioni non potrebbero essere dovute, nel caso specifico, che ad una particolare disfunzione del sistema ormonopoietico.

Notiamo ancora che i fenomeni sopradescritti si sono ripetuti, sebbene con intensità variabile, ogni volta che si è ricorso all'uso dell'adrenalina. Abbiamo nella storia clinica riportato il risultato dell'esame praticato due giorni dopo della prima iniezione, cioè il 20 - 6 - 923, e possiamo rilevare come si siano ripetuti gli stessi fenomeni ipotensivi e le stesse reazioni generali del primo esame, sebbene le une e gli altri si siano verificati, questa seconda volta con minore intensità.

Rileviamo ancora che la prima volta, dopo poco cessati gli effetti dell' iniezione di adrenalina, il malato è stato colto da un accesso convulsivo epilettico classico. E notiamo ancora che le iniezioni di endospermina producevano un certo effetto favorevole sugli accessi convulsivi, diradandone lievemente la frequenza, fino a sostituirli con crisi di eccitamento, che possono benissimo interpetrarsi, per i loro caratteri, come equivalenti epilettici.

Verso i primi di luglio si sono sospese per alcuni giorni le iniezioni di endospermina. Le crisi di eccitamento si son ripetute frequentemente. Le convulsioni, ch'erano per qualche tempo cessate, ricomparvero tosto, ed il paziente, colto da stato epilettico, è morto il 19 - 7 - 923.

Tutto quanto abbiamo precedentemente messo in rilievo, serve appunto a dimostrare che nel nostro soggetto esiste una disfunzio-

ne ormonica complessa, di cui possono essere messi in evidenza due elementi fondamentali: una ipofunzione abituale delle glandole genitali, e un distiroidismo accessuale, con prevalenti caratteri di iperfunzione tiroidea, che può essere messo in evidenza dall'adrenalina (*prova di Goetsch*).

Tale disturbo della situazione ormonica normale, sorto a carico dei rapporti inter ed intraglandolari del sistema endocrino, sebbene non sia precisabile nei suoi limiti e nella sua natura, è da ritenersi conseguente alla lesione del testicolo, e non può essere considerato come elemento estraneo, oppure occasionale, o concomitante, nella genesi della sindrome epilettica presentata dal paziente.

Nel secondo caso clinico riferito notiamo anche una considerevole modificazione dello psichismo. L'individuo, che prima era buono, amorevole, lavoratore, intelligente, intraprendente, dopo l'operazione alla tiroide ha subito una trasformazione del carattere. E' divenuto torpido, abulico, depresso, impulsivo, poco affettivo; pare che sempre voglia dire qualche cosa di più di quel che poi non dice, ostentando una cert'aria a volte di diffidenza, a volte di superiorità, vuota di contenuto. Il campo della coscienza si presenta alquanto ristretto, come il campo visivo. Ordinariamente è tranquillo, lucido, governabile. Di tanto in tanto è colto da accessi confusionali con impulsi, disordini della condotta, e perdita della coscienza, oppure abnubilamento di essa. E' facilmente reattivo. In istato d'incoscienza ha inveito contro amici e familiari, e perfino contro sè stesso, producendosi delle ferite. In complesso presenta una sindrome di confusione mentale maniacale con impulsi e perdita della coscienza, la quale sindrome ha tutti i caratteri di equivalente epilettico.

Anche in questo secondo caso la patogenesi della sopradescritta sindrome psichica non può interpetrarsi in altro modo, se non mettendola in rapporto con una disfunzione endocrina, causata da intercorrente ipofunzione della tiroide ed anche delle paratiroidi.

estirpate in buona parte per atto operativo. La disfunzione endocrina è messa in evidenza da diversi fatti. Prima di tutto notiamo che all'atto dell' ingresso in Manicomio il paziente presentava una notevole bradicardia (50 pulsazioni al 1') e che le iniezioni di endotiroidina hanno avuto l'effetto immediato di elevare a 88 a 1' la frequenza costante del polso. Sospendendo le sudette iniezioni per alcuni giorni, la frequenza del polso ridiscende fino a 66 a 1'. Tale bradicardia abituale può essere messa quindi in relazione con una condizione ordinaria d' ipotiroidismo.

La prova di Goetsch è incerta: ha in suo favore il solo dato positivo della tachicardia, mentre mancano l' ipertensione arteriosa o le reazioni generali. Però è da notare che l' iniezione di adrenalina non lascia indifferente l'organismo, ma determina reazioni abnormi sul sistema vasale. Infatti, mentre le pulsazioni aumentano da 88 a 100, la pressione arteriosa discende da 110 a 90. Dopo un'ora le pulsazioni diminuiscono fino a 94, mentre la pressione si eleva a 105. Dopo un'ora e mezza le pulsazioni ritornano al normale, mentre la pressione ridiscende a 95.

Questi fatti, che dimostrano una labilità evidente delle reazioni vasali all'adrenalina, ed una discordanza notevole dei rapporti tra la frequenza del polso e la tensione arteriosa, ci dicono che nell'organismo del nostro paziente esiste una modificazione della recettività dei tessuti verso l'adrenalina, e tale modificazione non può essere messa a carico che di un disturbo endocrino, di cui non potendo precisare limiti e natura, ci fermiamo soltanto a constatare l'esistenza. Anche in questo caso evidentemente il disturbo endocrino, originato dalla lesione tiroidea, dev'essere ritenuto quale causa efficiente della sindrome psicopatica presentata dal paziente, per la quale altrimenti non sapremmo invocare altro elemento patogenetico presumibile.

Le considerazioni precedenti, che nei due casi riferiti mettono in luce l'esistenza di un distiroidismo, parrebbero dar ragione al

concetto del **B u s c a i n o** circa la genesi distiroidea dell'epilessia essenziale. Ma, ben vagliando, si trova che il distiroidismo non costituisce il solo fenomeno patologico endocrino; anzi non è privo d'interesse notare che, mentre nel 2.° caso il distiroidismo può considerarsi come primario e conseguente alla lesione diretta della tiroide, nel 1.° caso invece, ch'è il più chiaro ed il più classico, esso è secondario e consensuale alla lesione delle glandole genitali.. V'è dunque più di un elemento patologico endocrino, che concorre alla genesi del fenomeno epilettico, la cui natura pluriglandolare è sorretta dalle conoscenze positive di fisiopatologia endocrina.

Infatti noi sappiamo che le glandole endocrine sono fra loro legate da intimi rapporti di correlazione funzionale, per cui si può avere o una evidente solidarietà di azione ed analogia di orientamento funzionale fra un gruppo di glandole, come le glandole genitali, la tiroidea, l'ipofisaria, e la corticosurrenale, oppure un antagonismo funzionale fra altre glandole, come la glandola genitale e l'ipofisi o il timo, l'ovaio e la secrezione esterna mammaria. Ciò posto, e data la solidarietà di rapporti fra il testicolo e la tiroide, è chiaro che all'iperfunzione fisiologica dell'uno si accompagni una iperfunzione fisiologica dell'altra, e ad una iperfunzione del tessuto endocrino genitale si accompagni una iperfunzione degli ormoni tiroidei (P e n d e).

Ora, se questa reciprocanza di rapporti si verifica in condizioni fisiologiche, è evidente che se una causa patologica intervenga comunque a disturbare la funzione normale di una di queste glandole, gli effetti immediati debbano farsi inevitabilmente sentire sull'altra. Ma non soltanto la funzione normale di queste due glandole viene ad essere disturbata da una condizione patologica di una di esse, ma tutto l'equilibrio ormonico viene ad essere rotto, in virtù della legge delle correlazioni e dell'equilibrio inter ed intraglandolare, e si determina perciò nell'organismo una disfunzione ormonica complessa, per cui gli effetti patologici che ne conseguono, vengono

a rivestire i caratteri di sindromi pluriglandolari, anche se in queste sindromi abbiano maggiore rilievo i sintomi che si debbono ascrivere a carico di quella glandola che è stata maggiormente lesa.

Ciò posto, noi non abbiamo dati sufficienti per concludere che l'epilessia essenziale sia dovuta più a questo, anzichè a quel disturbo endocrino. Però un dato di fatto che ci pare di potere senz'altro ricavare dalle considerazioni suesposte, è questo: che un disturbo endocrino, di cui non si possono precisare limiti e natura, sta evidentemente a base della genesi delle due sindromi epilettiche, e che tale disturbo pluriglandolare è particolarmente determinato e condizionato da un'alterata funzionalità del testicolo e della tiroide.

A questo punto sorge spontaneo il quesito: attraverso quale meccanismo una particolare disfunzione endocrina può generare la epilessia?

A tal proposito, noi non riteniamo che la disfunzione ormonica agisca direttamente sulla zona epilettogena del cervello, provocando la scarica epilettica con tutto il corredo sintomatico che l'accompagna, oppure determini nel cervello le condizioni necessarie alla manifestazione dell'equivalente epilettico. Questo semplicismo patogenetico sarebbe arbitrario ed assurdo. Ond'è che allora dobbiamo riportarci ad altre considerazioni più complesse, che sono giustificate da ricerche positive circa la patogenesi della epilessia essenziale, e guardarle al lume delle nostre vedute endocrine.

Ricerche recenti hanno snebbiato alquanto anche per l'epilessia essenziale le nostre abitudini localizzatrici, per cui non sapevamo diversamente intendere il concetto dell'epilessia, se non legato e limitato ad una qualsiasi lesione della zona psicomotrice del cervello Oggi invece la causa dell'epilessia essenziale va ricercata in un disturbo complesso dell'organismo, e specialmente in particolari disturbi del chimismo organico, anche se si debba riconoscere al cervello la predisposizione all'epilessia, intesa nel senso lato di predisposizione biochimica, e non soltanto anatomo - patologica. E-

siste in letteratura una serie di ricerche e di studii, i quali tendono appunto a dimostrare il fondamento biochimico dell'epilessia. Mi limito a citare le conclusioni, ricavate da ricerche sperimentali, di due valorosi autori, quali il Cuneo ed il Buscaino.

Il Cuneo, prendendo le mosse da sue precedenti ricerche, in cui ha dimostrato che il sangue degli epilettici, estratto dalla vena, in prossimità dell'accesso convulsivo, contiene una sostanza tossica, che ha le reazioni delle albumose, e che gli epilettici presentano inoltre anormale e fortissima acidosi, conclude che « la causa morbosa dell'epilessia debba attribuirsi ad una insufficienza di quella funzione alcaliformatrice che risiede nel fegato ed in altri organi, per la quale i sali organici ad acido trasformabile in carbonato sodico non subiscono nell'organismo epilettico questo metabolismo che si compie nei sani, ma entrano in circolo, provocando, in determinate condizioni, la scissione del nucleoistone dei nucleoproteidi e quindi la separazione delle albumose, le quali rimaste allo stato libero, sviluppano la loro azione convulsivante ».

Il Buscaino, dopo aver dimostrato che bisogna ammettere l'esistenza dell'epilessia di origine *biopatica*, costituzionale, accanto all'epilessia di origine cerebropatica, conclude che « l'anomalia fondamentale degli epilettici biopatici consiste, per quanto si sa finora, in un processo di distiroidismo, che mette capo alla penetrazione in circolo di *proteine abnormi*, a genesi distiroidea, alla sensibilizzazione dell'organismo verso di esse, ed allo scoppio accessuale di crisi funzionali, a tipo anafilattico in soggatti a costituzione abnorme ».

Sicchè, secondo il Cuneo ed il Buscaino, l'epilessia è originata da prodotti chimici abnormi, che per il primo autore sono generati da insufficiente funzione alcaliformatrice del fegato o di altro organo, e per il secondo sono di genesi distiroidea.

Noi non entriamo nel merito delle due ipotesi, ma crediamo opportuno per ora fermarci alla conclusione generica e positiva,

ch'è lecito trarre dalle ricerche dei due autori: che, cioè, la genesi dell'epilessia essenziale non ha la sua sede soltanto nel cervello, ma bisogna ricercarla in un disturbo biochimico complesso e generale di tutto l'organismo, di cui partecipa anche e particolarmente il cervello.

Ora, se si considera che il chimismo cellulare è regolato dal sistema endocrino, è ovvio pensare che, in condizioni speciali, un particolare disturbo endocrino, modificando il chimismo dei varii organi e tessuti, possa produrre speciali sostanze, che, versandosi in circolo come tossici endogeni, sviluppino la loro azione convulsivante nel cervello, già preparato o sensibilizzato dal medesimo disturbo endocrino, oppure generino in esso disturbi tali, che si manifestino clinicamente con caratteri di equivalenti epilettici. In altri termini, ci troviamo di fronte ad una deviazione complessa del chimismo organico, causata dal disturbo endocrino, per la quale da una parte si realizzano nel cervello le modificazioni organiche, che servono di base alla possibilità della reazione epilettogena di esso, simili a quelle che presumibilmente esistono negli individui costituzionalmente predisposti all'epilessia, e di cui non conosciamo affatto la natura; e dall'altra parte si producono nell'organismo, in virtù dell'alterato ricambio, quei prodotti biochimici anormali, che agiscono sulla condizione epilettogena del cervello, dando luogo alla manifestazione clinica dell'epilessia nella sua forma classica o nelle sue forme equivalenti, a seconda della peculiarità degli elementi biochimici, che entrano in combinazione patologica con gli elementi cerebrali.

S'aggiunga ancora che una disfunzione endocrina determina nei tessuti un certo grado di minore resistenza all' influenza deleteria dei tossici e degli agenti patogeni, giacchè è dimostrato che il sistema endocrino, oltre alle funzioni regolatrici del trofismo dei tessuti, esplica un potere protettivo e di difesa dell'organismo, non nel senso di una funzione antitossica e svelenatrice diretta delle

glandole endocrine sopra veleni endogeni ed esogeni, ma provocando, col meccanismo degli ormoni, la secrezione di anticorpi da parte di altri tessuti dell'economia, a ciò deputati (midollo osseo, organi linfoidi), o stimolando il trofismo di organi depuratori, come il fegato, il rene, l'emuntorio intestinale, la cute (P e n d e).

Questa ipotesi concilia e spiega diversi elementi. Non nega la predisposizione cerebrale, invocata ogni volta che si parla d'epilessia, ma afferma che tale predisposizione bisogna farla consistere in una particolare condizione biochimica del cervello, indispensabile alla possibilità della reazione epilettica. Il concetto localistico del *locus minoris resistentiae* non viene quindi ad essere escluso, ma meglio e diversamente chiarito. Parimenti non viene negata l'azione sul cervello di elementi biochimici abnormi, messi in circolo da anomalie costituzionali o patologiche, e dotati di azione convulsivante per cui alla patogenesi dell'epilessia partecipa un disturbo di tutto l'organismo. Ma i disturbi biochimici del cervello, e quelli degli altri organi e tessuti, si raccordano e rapportano ad un'anomalia primaria del sistema endocrino - simpatico, che li genera, li mantiene e li governa. E' tale disturbo che prepara e predispone il cervello alla reazione epilettogena, quando su di esso vengono ad agire quei prodotti abnormi del ricambio organico, che il disturbo endocrino medesimo genera in altri organi e tessuti.

A questa ipotesi unificatrice non contraddice il concetto di predisposizione, qualora questa venga intesa nel senso biochimico sopracennato, e considerata non soltanto nel senso tradizionale di predisposizione congenita, ma anche in quello ormai accettato di predisposizione acquisita. Oggidì è ammessa tanto la degenerazione, quanto la predisposizione acquisita, perchè una causa morbosa che fa degenerare l'organismo, crea in esso una predisposizione nuova ad agenti patogeni, che prima non c'era.

Ricordo che fin dal 1888, a proposito di un caso di paranoia rudimentale impulsiva, mio zio prof. D. V e n t r a scriveva «che

in seguito alle malattie sofferte la personalità del paziente rimase notevolmente modificata come il suo fisico. Le cause patogene, agendo in modo prolungato ed intensivo, erano riuscite ad alterare permanentemente l'indice di nutrizione e di attività funzionale dell'organismo in genere e del sistema nervoso in specie, in modo da stabilire nel soggetto in esame, nato sano, uno stato degenerativo acquisito ». Ora l'epilessia, come la paranoia, è una malattia essenzialmente degenerativa, e quindi anche nel caso dell'epilessia la degenerazione può essere non soltanto costituzionale, ma anche acquisita.

Applicando questi concetti ai due nostri soggetti, troviamo che in essi si è compiuta, all' infuori dell'accessuale fenomeno psicopatico più clamoroso, una *profonda e stabile trasformazione del carattere*, dando luogo, in individui già completamente sani, alla comparsa di quello che chiamiamo *carattere epilettico*. Si sono realizzate cioè nei due soggetti, *per un fenomeno patologico*, quelle condizioni organiche, le quali si riscontrano *costituzionalmente* in quegl' individui che noi diciamo predisposti all'epilessia.

E' chiaro quindi che in essi la degenerazione epilettogena dell'organismo è acquisita.

Ora, da quali cause patologiche ha potuto essere determinata tale predisposizione? I due pazienti erano precedentemente sani e immuni da qualsiasi tara ereditaria neuropatica, o da condizioni individuali di neuropatie pregresse. La loro malattia compare dopo l'asportazione del testicolo nell'uno, del lobo tiroideo sinistro nell'altro. Non solo; ma è anche da notare che la malattia non compare subito dopo il trauma, ciò che avrebbe potuto far pensare, se mai, ad una condizione epilettogena preesistente del cervello, esteriorizzata dal fatto acuto della lesione traumatica, ma che i primi segni di essa compaiono alla distanza di alcuni mesi dal trauma, ed essa ingigantisce gradualmente. Questi fatti allora c' inducono a concludere piuttosto che la malattia è stata determinata da un processo

morboso cronico, che ha agito cronicamente e in un determinato senso sulle condizioni generali di tutto l'organismo, fino a modificarlo sostanzialmente e stabilmente.

Ora questo processo morboso cronico non sapremmo ricercarlo in altro, se non in una disfunzione ormonica, gradualmente stabilitasi, in seguito alla lesione della tiroide nell'uno e del testicolo nell'altro caso, la quale abbia agito gradualmente sul ricambio organico generale, realizzando nell'organismo delle condizioni analoghe a quelle che debbono necessariamente esistere negl' individui costituzionalmente epilettici. Altra causa non può essere invocata.

Ci pare quindi di avere tutti gli elementi sufficienti, per concludere che le sindromi epilettiche, presentate dai nostri due soggetti, ripetono la loro origine patogenetica da un disormonismo cronico, stabilitosi nel loro organismo, in seguito alla lesione traumatica del testicolo e della tiroide.

Senza quindi almanaccare sulla natura di questo disormonismo, lasciando impregiudicoto il problema se le lesioni endocrine, riscontrate frequentemente nei casi diepilessia essenziale, possano essere interpetrate o meno, in ogni caso, quali fattori patogenetici dell'epilessia medesima, limitiamo le nostre conclusioni, suffragate dalla indagine clinica e sperimentale, al fatto provato che vi sono dei casi in cui la sindrome epilettica è di evidente natura endocrina, e che il disturbo endocrino, in questi casi, anche se originato da anomalie funzionali di una sola glandola, coinvolge ed importa una disfunzione cronica e complessa di tutto il sistema endocrino simpatico.

Aprile 1924

BIBLIOGRAFIA

Bandettini di Poggio Francesco — *Secrezioni interne e sistema nervoso* — Tipografia della Gioventù. Genova 1921.

Bianchi L. — *Trattato di Psichiatria* — Casa Editrice Pasquale, Napoli.

Buscaino V. M. — *Le anomalie costituzionali degli epilettici e l'epilessia biopatica* — Rassegna di Studi Psichiatrici. Vol. XI. Fasc. 4 - 5 luglio - ottobre 1922.

Cesaris Demel A. — *Sulle alterazioni anatomo - patologiche dell'anafilassi* — Vedi il volume *Anafilassi* pubblicato dall' Istituto Sieroterapico Milanese, 1923.

Cuneo G. — *Ricerche biochimiche e biologiche sulla patogenesi dell'epilessia* — Rivista sperimentale di Freniatria. Gennaio 1922. Reggio Emilia.

Maranon G. — *Problemas actuales de la doctrina de las secreciones internas* — Madrid. Ruiz Hermanos. 1922.

Morselli E. — *Le nevrosi traumatiche* — Unione Tipografico - Editrice Torinese. Torino.

Pende N. — *Endocrinologia* — Casa Editrice Francesco Vallardi. Milano.

Vaquez H. e Dimitracoff C. — *La prova dell'adrenalina o prova di Goetsch nelle affezioni della tiroide* — Arch. des maladies du coeur, ecc. N. 6. 1923 — V. Recensione in Rassegna Internazionale di clinica e terapia. Anno V. N. 4. aprile 1924.

Ventra D. — *Le idee fisse impulsive* — Il Manicomio moderno. Anno IV. N. 3. 1888.

R. MANICOMIO DI AVERSA
Diretto dal Prof. E. LA PEGNA

I fattori tossici e traumatici nella patogenesi di una Neuro-psicosi epilettoide

PEL
DOTT. VINCENZO GIRONE
Medico straordinario

Allo stato odierno, l'epilessia, spogliata di tutte le false concezioni di un tempo, ci appare come una sindrome morbosa ben definita, legata ad un'alterazione — quasi sempre differente, ma costante — dell'asse cerebro-spinale e ciò anche quando — attraverso le ricerche cliniche — nessun agente tossico, nessun trauma, nessuna nota di ereditarietà sta a confortarci il momento etio-patogenetico (Lugaro, Ferè).

Se la teoria anatomo-patologica ha sfrondato di molto il valore della epilessia idiopatica, ciò non pertanto permangono ancora dei dubbi a considerare tale malattia dipendente sempre da cerebropatie (Binswanger); ma senza dubbio tale criterio dipende dalle insufficienti nozioni anatomo-patologiche e perchè talvolta alla necroscopia sfuggono le microscopiche lesioni ad esse legate.

Certo è che la sindrome comiziale appare in diversissime malattie e si è vista congiunta a svariate tossicosi (b. di Hebert, b. di Koch, Spirocheta pallida etc.,) o a processi tossiemici (piombo, alcool); ed anche la teoria tossica (Bouchard, Ferè, D'Abundo, Dide, Voisin, La Pegna, Vorkastner etc.) — benchè qualche volta contraditoria negli esperimenti — è fondata sul criterio di ritenere l'epilessia come estrinsecazione di alterato ricambio organico capace di mettere in circolo tossine.

La teoria tossica si salda quindi a quella anatomo - patologica e tutto ci fa supporre che — tra non molto -- anche nei casi dubbi le cerebropatie da tossine spiegheranno la patogenesi delle sindromi epilettiche.

Molti AA. riconoscono però una certa predisposizione alla malattia: ammettono cioè che una causa agendo su di un organismo predisposto. produca effetti gravi e ben diversi da quelli che ordinariamente produce: con tale ipotesi si è spiegato come talvolta una causa minima (un leggero trauma, una infezione transitoria) determini una sindrome comiziale.

Se tale predisposizione fosse vera ritorneremmo senz'altro ad ammettere l'epilessia idiopatica; mentre se parliamo di un disquilibrio bio - chimico acquisito durante la vita prenatale dobbiamo considerare come anch'esso uno stato speciale di debilitazione del trofismo nervoso: si che su di esso — qual locus minoris resistentiae — è facile l'attecchimento di fattori tossinici o tossiemici.

Cardarelli — come riferisce Angelillo — in un caso studiato di epilessia tardiva « fa notare che se si presenta nell'età matura al di là dei venti anni, non è in generale dovuta semplicemente a tara ereditaria; ma può essere in rapporto al traumatismo, alla sifilide, all'alcoolismo od altre intossicazioni, ad un'affezione cerebrale localizzata. Il clinico ha il dovere di fare indagini dettagliate al riguardo ».

Per tale dimostrazione ho intrapreso il presente studio clinico nel quale vedremo collegarsi diversi fattori morbosi che ci spiegano come nell'individuo in esame, nella loro successione ed evoluzione, abbiano creata sempre più una condizione di debilitazione sino a produrre — dietro l'ultimo agente patogeno (sproporzionato ben in vero all'effetto) — una neuro psicosi grave.

E se nulla si è rintracciato nei precedenti ancestrali, abbiamo rilevate alcune note degenerative senza però dare ad esse eccessiva importanza perchè tutto dimostra che prima del trauma craniale, il nostro infermo godeva perfetta integrità somato-psichica.

D. L. L. da Barano d'Ischia (Napoli) di anni 30, lavoratore, ammogliato e con prole. Nel suo gentilizio nulla: il padre morì a 93 anni di marasma senile, la madre vivente e sana: nei collaterali niente.

Il p. è di sana costituzione scheletrica; le masse muscolari scarse, le condizioni somatiche generali defedate leggermente.

Fu un combattente: i suoi disturbi ebbero origine, come anch'egli asserisce, da uno shok traumatico determinato da un calcio di fucile nella regione interparietale, circa due dita trasverse indietro del bregma. Le sue manifestazioni morbose si estrinsecarono da allora con attacchi convulsivi (preceduti da aura tipica) durante i quali non ha perdita di urine nella maggior parte dei casi, ma emette grida e tutto il corteo epilettico si estrinseca chiaramente con scosse muscolari generalizzate prima toniche, poi cloniche con perdita completa di coscienza, con obnubilamento — per parecchio tempo — del sensorio, con disturbi ottici (pupille torpide alla luce) con riflesso positivo del Babinsky etc.

Al periodo convulsivo talvolta segue fase astenica o catalettica, oppure eccitamento psico-motorio accompagnato da delirii e da tendenza spiccata ad agire sia contro di sè, sia contro gli astanti, e ciò sempre in uno stato di subcoscienza (in una delle fasi si versò sulla persona dell'acqua bollente che gli produsse vaste scottature per il corpo).

Fu certo che durante un accesso convulsivo — e ciò circa sei mesi or sono e prima del ricovero al nostro nosocomio — per l'applicazione

di mezzi coercitivi (giubbetto) ebbe a riportare alcune lesioni nel cavo ascellare di destra e regioni limitrofi, con vaste zone ecchimotiche, escoriazioni ed un lieve ematoma della regione retroclavicolare di destra. Soffrì inoltre — nella vita di trincea — della congelazione di entrambi i piedi, e in malo modo visse delle ore tormentose della guerra.

Quindi nello stesso individuo abbiamo le seguenti lesioni:

1. Congelazioni di 1. grado ai piedi.

2. Estese scottature di 2. grado nella regione mammaria di destra e sulla coscia destra.

3. Trauma con mezzo contundente nella regione interparietale, due dita trasverse indietro — circa — della zona bregmatica, trauma che determinò macroscopicamente la sola infiltrazione edematosa dei tessuti molli riassorbitasi dopo poche settimane.

4. Trauma da compressione nella regione del plesso brachio-cefalico che ha determinato distrofia muscolare, alterazione topografica dei muscoli come in seguito si dirà.

5. Trauma psichico che compendia ed estrinseca più che gli altri il carattere anormale del nostro paziente.

Questi — è bene ricordare — contrasse molti anni or sono, e cioè prima del servizio militare, la sifilide: prova ne sia la cura mercuriale che egli — pur essendo renitente — ha confessato di aver subita a New York e l'analoga siero-reazione Wassermann negativa dopo la cura, mentre prima era positiva.

Pare che ne sia rimasta affetta anche la moglie con disturbi uterini e con un aborto (?).

Rilievi somatici

Note degenerative: Plagioprosopia con spiccato prognatismo. Oxicefalia. Orecchie leggermente ad ansa.

Colorito della pelle sub-itterico.

Facies: Per lo più senza espressione, apatica.

Esame ghiandolare: Micropoliadenopatia latero-cervicale, sopraclavicolare, epitrocleare.

Polso ritmico: durante il periodo accessuale tachicardia e polso forte, teso, accelerato (130-140 al m').

Sensibilità tattile: Confusione di percezione alle 2 punte del compasso di W e b e r nelle regioni dorsali e in special modo nella regione brachiale destra.

Stereognosia: normale.

Sensibilità *barica:* a destra poco accentuata, a sinistra normale; *termica e dolorifica*: normale (diminuita ai piedi ed all'arto destro).

Misure comparative dei due bracci:

BRACCI

I terzo sup.		d. 28	sin. 28
II »	medio	» 26	» 26
III »	inf.	» 25	» 24

ANTIBRACCI

I terzo sup.		d. 25	sin. 26
II »	medio	» 21	» 23
III »	inf.	» 17	» 18

Esame elettrico comparativo dei due arti superiori:

I) QUANTITATIVAMENTE

Faradica

	destro cm. m/m	sinistro cm. m/m
Nervi I Muscolo cutaneo	142	127
II Ulnare al gomito	120	108
II Ulnare al braccio	138	122
III Mediano	130	112
IV Radiale	116	64

Galvanica

	destro cm. m. A.	sinistro cm. m. A.
Nervi I Muscolo cutaneo	0.1	0.05
II Ulnare al gomito	0.9	0.6
II Ulnare al braccio	0.5	0.2
III Mediano	0.6	0.3
IV Radiale	0.2	0.9

	Faradica	
	destro	sinistro
	cm. m/m	cm. m/m
Muscoli I	145	120
(Zone innervate dai rispettivi nervi) II	140	110
III	145	107
IV	120	85
Punto di Erb	150	110

	Galvanica	
	destro	sinistro
	cm. m. A.	cm. m. A.
Id. I	0.9	0.5
II	0.9	0.7
III	6.9	0.6
IV	1.8	1
Punto di Erb	3	1

II. Qualitativamente

Carattere della contrazione muscolare:
destra: lenta e pigra
sinistra: rapida e pronta.

Formula di contrazione:
destra: COC Ka — Co K An
sinistra: COC Ka > Co K An

Si è notata inoltre reazione neurotonica solamente nel periodo interaccessuale: stimolando i muscoli brachiali o con c. f. o con c. g. (anche deboli) permangono scosse cloniche, quasi ritmiche all'indice e al medio della sola mano destra: scosse più deboli, vermicolari se si eccitano i muscoli dell'altro braccio e quelli del tronco.

Tali scosse perdurano maggiormente quando si provoca una scossa tetanica: si sono osservate per circa 2 m', dopo una lieve applicazione di qualche secondo.

E' da notarsi infine che durante il periodo post-convulsivo o nel periodo interaccessuale la corrente — anche se alta — non viene avvertita dall'infermo e ciò persino quando si provoca scossa tetanica.

Conclusioni: Braccio destro: R. D. parziale, uguaglianza polare, diminuzione alla eccitabilità. Durante il periodo interaccessuale si manifesta, con lieve corrente per intensità e durata, reazione neurotonica.

Braccio sinistro: Formula normale di contrazione, contrazione muscolare rapida e pronta, normale eccitabilità.

Campo visivo.

Bianco:	O. D.	O S
	55	45
	50 + 50	55 + 75
	55	50
Rosso:	O D	O S
	45	50
	55 + 50	45 + 60
	45	50
Verde:	O D	O S
	45	50
	30 + 50	45 + 55
	45	50

Strabismo convergente:

Occhio sinistro: scotomi centrali.

Tremori e Romberg: assenti.

Forza muscolare: al dinamometro a destra 20 a sinistra 105.

Andatura: talvolta spedita e franca, talvolta strascicante.

Linguaggio: monotono e privo di colorito.

			Destro	Sinistro
Riflessi	Superficiali	plantare:	meno vivace	più vivace
		cremasterico:	torpido	»
		addominale:	»	»
		scapolare:	»	»
	Profondi	rotuleo:	meno vivace	normale
		achilleo:	poco pronunziato	torpido
		degli adduttori:	meno vivace	id.
		dei peronei:	id.	id.
		radiale:	poco percettibile	normale
		cubitale:	id.	id.
		tricipitale:	torpido	id.
		bicipitale:	id.	id.

Radiografia al capo: negativa.

Al braccio destro vi è limitazione di movimento, esageratissima ipotonia, dolorabilità alla pressione ed alla funzione ed incipiente distrofia della regione ipotenare. Come sintomi subbiettivi l'infermo, oltre il dolore che avverte a tali regioni, risente della influenza barometrica con intense cefalalgie e pressione e dolore là dove avvenne il trauma.

Prima di iniziare l'esame psichico dell'infermo bisogna ricordare che lo shok traumatico determinò una perdita di coscienza per circa tre ore, come afferma il paziente. Egli anzi dice che fu trasportato dalla linea all'ospedaletto, senza che egli ne fosse consapevole e che per parecchio tempo serbò amnesia delle circostanze nelle quali si svolse il fatto d'armi e il suo trauma.

Ciò ha grande importanza: infatti il Morselli ritiene che « ogni volta che la perdita della coscienza sia durata per oltre un'ora, possa il trauma avere prodotto alterazioni molecolari che rimangono a lungo quale effetto della commozione e che creano nella grande maggioranza dei soggetti una predisposizione rilevante ad ulteriori malattie nervose. e mentali *(crebrosità)* ».

Conclusioni dell'esame somatico;

Paresi brachiale e lieve emi ipoestesia destra.

Restringimento del campo visivo dell'occhio destro.

Esame psichico

Eccitamento psico motorio che si esteriorizza in ispecie dopo gli attacchi convulsivi. E' da notare che nel periodo post - convulsivo e in ispecie interaccessuale (le crisi convulsive durano talvolta dei giorni con scariche epilettiche molteplici e consecutive) egli ha degli automatismi verbali: ripete cioè delle frasi stereotipate che traduciamo fedelmente dal suo vivido vernacolo: « Eccoli...... ne debbo uccidere quattro....... mi hanno rovinato..... li maledico ».

Sono rappresentazìoni deliranti di fatti vissuti e senza dubbio complessi psichici del suo incosciente spinti alla deriva in uno stato tipicante crepuscolare. E' la trama palese del suo psico - trauma: è la polla da cui é scaturita subdolamente l'alterazione psichica del nostro infermo rompendo a poco a poco gli argini — mi si permetta l'espressione — costituenti la sua personalità, la sua cenestesi.

Infatti è un individuo debole di volontà, senza spiccati disordini di condotta ma con lunghe pause di astenia psichica a fondo depressivo. Disordinata è la elaborazione del pensiero ed anche il potere iocativo è inficiato attraverso la parola priva di contenuto, quasi vuota di concetto, povera di quella ricchezza — così facile nelle nostre terre anche in classi analfabete — di forma e di loquace estrinsecazione. E' un debole inoltre a reagire alle condizioni peculiari ambientali: risente bene il vero della nostalgia della casa, del paese, ma è una polarizzazione tutta egocentrica: onde si è convinti che la sentimentalità familiare non fa parte del suo frusto patrimonio affettivo. Si lascia guidare e facilmente dominare e ciò non solo da gente su periore a lui per censo ed intelligenza, ma anche da quelle della sua levatura d' ingegno e di cultura.

E del resto egli appartiene a quel gruppo d' individui sui quali la guerra ha lasciato orme profonde ed indelebili delle sue fantasmagoriche vicessitudini: certo la sua psiche avrà accumulato nel suo inconsciente la tormenta degli eccitamenti eccezionali, costituiti

dai fatti d'arme, dalla vita angosciosa della trincea, dagli sbalzi continui nel buio della paura, dal cozzo degli istinti contro la realtà degli eventi, si da determinare progressivamente una netta separazione della evoluzione del suo spirito e per essa una disarmonia tra stimoli e reazioni interne, ambiente e sensibilità subiettiva .La sua psiche quindi si è sdoppiata: egli cosciente si sforza di ricacciare nel buio dell'incosciente quanto di ideazione rappresentativa lo richiami alle sofferenze passate.

Viene a tal proposito alla mia mente quel bel paragone citato dal Freud nei suoi primi discorsi sulla psicoanalisi: della bottiglia di Lejda: paragone balzato anche dagli scritti del nostro indimenticabile G. Virgilio in una sua nota perizia freniatrica per una isterica. Lo psicotrauma condensa nell'incosciente energie continue senza che il cosciente ne abbia sentore: ad un certo punto — qual bottiglia di Lejda — queste energie si scaricano salvo che nuovi fattori energetici le ridiano la primitiva potenzialità. Infatti ho notato che quando automaticamente il nostro infermo — nello stato di relativo benessere — tradisce con qualche parola quanto di complesso ideativo ha determinata la sua alterazione psichica — la crisi epilettica sta per avvenire; inoltre nel periodo interaccessuale è esso che ha il sopravvento, che ha efficienza e predominio, anche se manifesto in imperfetta abbozzatura.

Si sarebbe a tal punto tentati di spiegare tutta la fenomenologia del nostro paziente con il determinismo psicologico: considerando tutto il quadro come d'una pura neurosi e dando quasi unico valore allo psico - trauma; ma la nevrite brachiale (così chiara anche attraverso la elettrodiagnosi), il crampo epilettico sviluppatosi solo dopo il trauma craniale, i vari fattori defedanti (sifilide, ustioni, congelazioni) mi richiamano ad una più precisa indagine.

Ecco perchè continuo nella obbiettiva analisi dei diversi fattori patogenetici.

Lo spirito, — sintesi dell'equilibrio sinergetico della nostra

cenestesi — allorchè è alterato influenza talvolta nel nostro fisico: nel nostro caso ha influenzato in malo modo sul fisico dell'infermo, onde l'astenia psichica è andata di pari passo con l'astenia somatica, il disquilibrio mentale con quello funzionale.

Certo è che di fronte alla diagnosi sorgono vari dubbi per spiegarci la patogenesi, lo sviluppo e lo stato di una così vasta sintomatologia, si che a noi viene facile la domanda:

1. Si tratta di una pura e semplice psicosi epilettica? Fu in origine un'epilessia jacksoniana? Il fattore epilettogeno è in relazione con gli altri fattori traumatici e tossici? E d'altra parte:

2. La sua paresi del braccio destro è in relazione col trauma sul plesso brachiale? E' cioè di origine traumatica? O di origine centrale? O è l'inizio di una malattia con caratteri propri? Si tratta, in altri termini, di lesioni che interessano le cellule del corno anteriore, o le fibre derivanti dalle radici o comprende i soli nervi periferici dei muscoli paralizzati?

1. Per primo il trauma alla testa non è stato accompagnato da trauma della regione spinale; e si dice ciò perchè il trauma spinale conforterebbe in certo qual modo più facilmente una diagnosi che illustri *tutto* il quadro morboso. Infatti — come insegnano i maestri — il trauma spinale può essere causa di differentissimi morbi: dalla sclerosi sistematica all'atrofia muscolare progressiva, dalla mielite ai tumori del midollo — e su soggetti tarati da paralisi infantile — dalla siringomielia alla poliomelite anteriore acuta, dalla tabe alle formazioni cavitarie. Si è detto in un certo qual modo, perchè in tema di affezioni spinali vi è ancora da discutere quanto valga il fattore trauma nella patogenesi del crampo epilettoide, e gli studi dell'E r b, del K i e n b o c k, del M i n o r stanno a dimostrare come la correlazione sia elastica e talvolta insufficiente.

Dunque restringiamoci al trauma craniale: esso non è ben preciso; non vi è stata lesione di continuo nè dei tessuti molli nè del

sostrato osseo esterno allora quale determinata zona dello encefalo per ripercussione è stata colpita, dato che la convulsione epilettoide si estrinseca su tutti i muscoli? è ovvio parlare di epilessia Jacksoniana? Come si esprime lo I o l l y, essa fu messa in luce dalle ricerche di F r i t s c k ed H i t z i g, ricerche da cui emerse come la irritazione di determinate zone della corteccia cerebrale fosse capace di provocare la insorgenza dei movimenti in alcuni gruppi muscolari controlaterali, e come una irritazione più intensa e di maggiore durata di questo punto, generasse una tendenza al rinnovarsi di tali accessi motori in tali gruppi muscolari, e come l' irritazione di un determinato punto, di un determinato centro avesse tendenza ad irritare con un certo ordine progressivo anche i centri ad essi limitrofi. — Onde in effetti non avendone avuto il controllo, non sappiamo se — localizzato l' accesso epilettico ad un dato gruppo muscolare — si sia poi in seguito generalizzato: ma senza dubbio dovremmo riportarci a quanto pensarono in simili casi K u s s m a u l e T e n n e r, che cioè, permanendo la causa d' irritazione (che in questo caso potrebbe essere stata determinata da una esagerata pressione endocranica per rottura di capillari) si sia prodotta una ischemia del cervello ed una meningite o addirittura un' encefalite reattiva sì da essere origine del crampo epilettico.

Sarebbe così in giuoco « l'alterazione epilettica » del N o t h n a g e l: le fonti d'irritazione continua agirebbero per via riflessa sui centri motori, sì da alterare l'equilibrio nervoso e condensarsi sino alla scarica convulsiva intermittente.

Ma se il trauma (e noi ignoriamo cosa abbia prodotto e forse il tavolo anatomico da solo ci potrebbe rispondere esaurientemente) è tra i fattori della crisi epilettoide, non dobbiamo escludere il valore etiogenetico eventuale di una diffusa malattia del cervello (per esempio stadi cronici di pachi o leptomeningite). Perchè la epilessia in parola non è di quelle genuine ma rientra nel gruppo

di quelle sintomatiche: infatti il nostro paziente non ha sofferto di eclampsia o paralisi infantile nè di altri attacchi convulsivi nella sua adolescenza o prima del trauma.

Abbiamo inoltre innanzi a noi un sifilitico per tara acquisita; ci sarebbe facile la interpetrazione della sindrome morbosa se ai disturbi oculari (scotomi centrali, diminuizione dell'acutezza visiva ecc.), alle alterazioni psichiche vi fossero altri segni patognomonici di una sindrome morbosa su fondo luetico.

Come dice il Weygandt « la sifilide può agire sui centri nervosi per mezzo di processi di meningite, arteriosclerosi e per mezzo di gomme che comprimono i tessuti circostanti. Generalmente questi tre processi si combinano in vario modo e dànno origine a svariatissimi quadri clinici. E altrove « se la lesione interessa le circunvoluzioni centrali si possono osservare dei sintomi motori di irritazione o di paralisi, come pure convulsioni epilettiforme ». E ancora: « per ciò che riguarda lo stato psichico si tratta generalmente di un progressivo indebolimento mentale. La facoltà di percezione si affievolisce, la memoria presenta delle lacune, la timopsiche è sovente depressa, qualche volta invece è intonata ad euforia ».

Ma se tutte tali identità sintomatologiche si avvicinano alle note morbose del nostro paziente, bisogna pur dire che i mezzi terapeutici usati non hanno apportato alcuna miglioria. Ciò che fa escludere la eventuale diagnosi di una cerebropatia luetica come son d'avviso molti Autori e tra gli altri il citato Weygandt.

Una diagnosi di forma iniziale di paralisi progressiva occorre anche metter da parte: la siero - reazione Wassermann negativa, il polimorfismo sintomatologico, le notevoli e frequenti remissioni assenti sono senza dubbio dei fattori sufficienti per escludere la demenza paralitica.

Il trauma al capo può far pensare della possibilità di una emorragia tardiva che può essersi sviluppata nelle meningi e quindi

infiltratasi nella corteccia limitrofa o sulla superficie esterna del cervello: ma per lo più tali emorragie finiscono col determinare la paraplegia cerebrale spastica. Secondo gli studi del Köppen sito di predilezioni per l'emorragie da contusioni sarebbero: la base del cervello, la regione corticale del lobo frontale nelle vicinanze del bulbo olfattorio e l'apice del lobo temporale; ma non sapremmo allora spiegarci come e perchè tale emorragia dal 24 ottobre 1917 e cioè 6 anni addietro non abbia dato altra sintomatologia a carico del sistema centrale o periferico, nè altre conseguenze all'infuori di quelle esistenti.

Non bisogna — a rigore d'esperienza — escludere la possibilità che anche quando la violenza della contusione non ci permetta stabilire una netta connessione tra trauma ed epilessia, in certi casi — come crede anche A. Morselli — il trauma è la scintilla rivelatrice, è la goccia che fa travasare il vaso rivelandoci o un isterico o un psicolessico o addirittura una costituzione epilettoide.

Circa la convulsione epilettica non bisogna dimenticarsi anche del fattore tossico non come entità etiogenetica ma come coadiuvante; il nostro paziente ha avuto prima la congelazione di entrambi i piedi, indi l'infezione luetica, poi vaste ustioni per il corpo che hanno residuate larghissime cicatrici. Se a questi fattori tossici. che hanno di certo messo l'organismo in un certo grado d'inferiorità, aggiungiamo il trauma al capo che senza dubbio — anche se transitoriamente — ha determinato una congestione cerebrale e quindi una irritazione della corteccia e delle meningi, non è difficile spiegarci come l'epilessia si sia potuto evolvere su di un soggetto defedato congenitamente, e minorato da agenti tossici vari.

Come allora il fenomeno epilettico spiegabile se fosse transitorio, perdura? E' questa la prima obbiezione da fare. — E qui non è discaro riandare alle alterazioni istopatologiche determinatesi. — Se ammettiamo esservi stato nel cervello del nostro paziente

un aumento di pressione endocranica stabilita da una emorragia più o meno copiosa dobbiamo pur pensare che tale stato peculiare abbia stabilito un processo reattivo. Gli autori — tra i quali primeggia l'Alzheimer ebbero a riscontrare gliosi del corno di Ammone; l'Hayos confortò con il suo contributo scientifico il rapporto esistente tra epilessia genuina e sintomatica ed alterazione di tale zona encefalica. Altri nell'encefalite reattiva e anche nelle meningiti enorragiche han rilevato proliferazioni della glia, degenerazione granulare, sclerosi, degenerazione ganglio — clastica.

Molti autori credono che l'accesso epilettico sia legato a lesioni della corteccia: il Luciani dice che « la zona motrice della corteccia cerebrale rappresenta l'organo centrale delle convulsioni epilettiche. » E il Roncoroni trae dai sintomi stessi dell'accesso la convinzione dell'origine corticale (aura tipica, perdita di coscienza ecc.)

Nè possiamo escludere la possibilità che si sia stabilita una meningite emorragica e si sia venuto alla formazione di un'ematoma che a sua volta, per compressione, ha determinato delle lesioni della sostanza corticale.

Se noi pensiamo ora quale contributo abbiano apportato alla ristabilizzazione ed alla guarigione del processo i vari prodotti tossici elaboratisi nell'organismo del nostro individuo, non ci meraviglierà che il processo sia stabile e la correlativa sintomatologia perduri: anzi dobbiamo supporre che date le condizioni defedate del nostro paziente il processo abbia progressivamente e lentamente la sua evoluzione.

Non bisogna dimenticarsi che nello spasmo epilettoide manifestasi o un'iperemia attiva o anche un'iperemia passiva: il che non è utile alla restitutio ad integrum del processo d'infiammazione meningitica o corticale o encefalitica.

L'infiammazione quindi permane nello stato cronico: subdolamente conquista a poco a poco il cervello del nostro paziente, ir-

rita — e senza dubbio ciò in relazione con il metabolismo organico — ora più ora meno la zona corticale ed è origine della convulsione epilettica.

Il Roncoroni così si esprime per questi casi clinici complessi: « Si noti che spesso si presentano all'esame del Clinico non già forme pure, ma forme miste, nelle quali, pur trattandosi di ammalati originariamente parafrenici, si son fin dagli inizii, o in seguito manifestati fenomeni permanenti di paralisi delle funzioni, cosicchè in questi casi abbiamo o una forma di passaggio, o una forma mista di parafrenia e di cerebropatia. Analogamente un caso clinico che, negli indizi, poteva presentarsi solo con l'aspetto di un semplice turbamento transitorio di funzione, per il permanere delle cause, o anche pel loro aggravarsi ed estendersi, può trasformarsi in una forma cerebroplegica, ed offrirci così all'esame un caso complesso, mentre che se le cause avessero potuto a tempo eliminarsi, esso avrebbe potuto non uscire dai limiti di un semplice turbamento transitorio di funzione. »

2°) Per la nevrite brachiale, bisogna senz'altro ammettere una debilitazione — come causa predisponente — del trofismo nervoso e questo sarebbe l'unico anello di congiunzione tra la causa efficiente del crampo epilettoide e patogenesi della paresi neoritica brachiale. Abbiamo pur detto che nel periodo post — convulsivo il nostro infermo è assalito da eccitamento psico — motorio: durante la reazione fisica quindi, nello sforzo immane di svincolarsi dal giubetto di costrizione, la clavicola, adducendosi violentemente verso la colonna vertebrale, ha determinato una forte compressione del plesso brachiale e quindi alterazione delle sue fibre. Non abbiamo infatti altre cause: nè lussazioni della testa dell'omero, nè frattura della clavicola, nè lesioni sifilitiche, nè tumori. Resta da stabilire quale parte del plesso sia stato compresso e quali sue radici: sono del parere che qui si tratti di compressione della branca inferiore del plesso: la paresi infatti dei nervi radiali ed

ascellari ne conforterebbero la diagnosi. Nè la proporzione tra causa ed effetti deve meravigliare perchè di leggieri abbiamo simili riscontri nella letteratura clinica: infatti per citarne una l'Oppenheim ha rilevato gravi nevriti consecutive a compressione del laccio compressivo (Henle, Schultze, Esmarch).

CONCLUSIONI

Il nostro paziente fu soggetto a traumi diversi per intensità e valore: si da alterarne profondamente la costituzione somato — psichica e creare disfunzione sia centrale che periferica.

Su tale minorazione si è costituita la sindrome morbosa dovuta a fattori sproporzionati apparentemente agli effetti ma sufficienti; onde il trauma alla testa ha dato origine per l'irritazione della corteccia cerebrale o per l'interessamento di zone abbastanza estese (corpo d'Ammone? dilatazione di ventricoli laterali per opera dei plessi coroidei?) al fenomeno epilettico. E l'irritazione degli involucri per continuità si è estesa sino alle propaggini del sistema nervoso: onde un'altra lieve causa di irritazione — il trauma sul plesso brachiale — ha determinato una nevrite che integrerebbe il secondo quadro costituito dalla paresi, dall'atrofia come sintomi obbiettivi, e dal dolore e dalla functio læsa come sintomi subbiettivi.

A tutto ciò occorre aggiungere lo psicotrauma per l'inquadramento generale dell'alterazione psichica: psicotrauma — rivelato attraverso la indagine sia obbiettiva che subbiettiva che nel determinismo patologico occupa forse la maggiore importanza — che ha dato il colpo di maglio alla costituzione del nostro infermo, disgregandone, se non del tutto certo in parte, la personalità.

Il quadro generale sarebbe perciò fissato da una debilitazione del trofismo nervoso da una parte, da una persistenza alla resti-

tutio ad integrum della lesione (anche se superficiale) cerebrale, e dal fattore « trauma psichico »; fattori ehe si abbinano e si collegano tanto da non poterci far fare una divisione netta, precisa sulla patogenesi della sindrome morbosa.

Quindi potremmo con parola un po' lata ma necessaria dire trovarci di fronte ad una psico - neurosi epilettoide originatasi da politraumatismo e da intossicazioni varie.

Aversa, maggio 1924

BIBLIOGRAFIA

Bleurer — *Die Glosis bei Epilepsie* — Munchener medic. Woch. n. 33, 1885.

Blocq e Marinesco — *Le lesioni e la patogenesi dell'epilessia corticale* — Sem. médic. 1892.

E. Morselli — *Le neurosi traumatiche* — Unione Tipogr. Editr. Torinese 1913.

De Renzi — *Neurosi traumatica* — Nuova rivista Clinico - terapeutica 1904.

Duval e Guillain — *Les paralyses radiculaires du plexus brachial* — Paris Steinheil 1901.

Minor — *Clinische und anatomische untersuch. Uber traumat. Affect d. Ruckernmark.* — XII Inter. Congr. in Mosca 1897.

Kiembock — *Progressive spin. Muskelatrophie und trauma* — Monalsschrift — f. Unfallheilkunde 1901.

W. Erb — *Ueber Polimyelits ant. Cron. nach Trauma* — Sep. Abdr. A. d. Deutschen Zeits. f. Novenheilk Vol XI.

Koppen — *Ueber Erkraukung des Gehirne nuch trauma* — Arch. f. Psychiatrie Vol. XXXIII.

Friedmann — *Iperemia ed anemia ecc.* — Vol. I. Anat. Pat. Torinese 1907.

D'Abundo — *Ricerche cliniche sui disturbi della vista nell'epilessia* — Giornale di Neuropat. 1896.

Algeri — *Epilessie e disturbi mentali consecutivi a trauma sul capo di un delinquente* — Riv. Sper. di Fren. 1884.

Angelillo — *La genesi e il sostrato anatomo - patologico della epilessia* — Noviello 1915. Aversa.

Géré — *Les épilepsies et les épileptiques* — Paris 1890.

D. Maragliano — *Riv. Sper. di Freniatria* — Anno IV.

Tanzi e Lugaro — *Malattie mentali* — Libraria. Milano 1923.

Cardarelli — *Riforma medica* — 1913.

La Pegna — *La Citodiagnosi nelle diverse malatlie mentali e nervose* — Napoli 1906.

H. Jackson — *Med. Times and Gazzette* — Maj 1872.

Binswanger — *Die Epilepsie* — Wien 1899.

Bouchard — *Patologia Generale* — Torino 1896.

Nothnagel — *Virchow 's Archiv.* — 1873.

» *Centralblatt fur med.* — Wissenschrift 1873.

Cramer — *Centralblatt fur allg. Patol und. path. anat.* — Vol. VI.

Lugaro — *Anat. pat. del sist. nerv.* — Vol. II Torinese 1909

Hitzig — *Untersuchungen uber das Gerin* Berlin.

Iollj — *Anatomia patologica dell'epilessia e della eclampsia* — Un. Tip. Tor.

» *Ueber traumatiche epilepsie unde ihre Beandlug* — Charité. Annales 1895.

Westphal — Archiv. f. Psichiatrie passim.

Nissl — » » »

Köppen — » » »

Boedeker — » » »

Luciani — *Fisiologia dell'uomo* — Soc. Ed, Milano. 3ª ed.

Bejer — Archiv. f. Pschiatrie passim.

A. Morselli — *Manuale di Psichiatria* — Idelson Napoli.

Behgue — *Etude sur l'epilepsie traumatique* — Thése de Paris 1919.

Thom — *La dilatazione dei ventricoli laterali nella epilessia* — Jurn. of. nerv. and. ment. disease New York 1920.

Roncoroni — *Trattato clinico della epilessia* — Vallardi 1884.

E. Morselli — *Quaderni di Psichiatria* — *VIII. - VII. - VIII.* 1920.

Colin — Soc. di Méd. mentale Parigi 1921

H. Marcus — *Les Psychoses post — sifilitiques* — Reunion de neur. de France Luglio 1920

Friedmann — *Encefalite ed accesso cerebrale* Vol. I. Anat. Pat. Sist. Nerv Torinese 1907.

Sollier P. Rose — Villaudre — *Traité - Clinique de neurologie de Guerre* — Parigi 1918.

Desogus — *La localizzazione corticale dei centri sensitivi* — Quaderni di Psichiatria VII, — V. — VI.

Roncoroni — Introduzione alla clinica delle malattie nervose e mentali — Soc. Ed. Tor. 1910.

Dumas — **George** — *Troubles Mentaux et Troubles Nerveux de Guerre* — Parigi 1917.

Oppenheim H. — Stand der Lelere von den Krieg.

Ricca S. — *Forme inibitorie di Guerra e Isterismo* — Milano 1919.

Freud — *Sulla psiconalisi « Il Manicomio »* — Noc. Inf. 1915.

Levi - Bianchini — Biblioteca psicoanalitica Idelson Napoli 1915 — 1923

G. Virgilio — *Un caso di isterismo* 1900 — Rivista di Medicina legale 1900 - 5.

F. Baldi — *Le nevrosi traumatiche di Guerra* — Napoli Ed. Giannini 1921.

Weygandt — Atlante e Manuale di Psichiatria — Traduz. Stern. Soc. Editrice Libr. Milano 1908.

MANICOMIO PROVINCIALE DI MILANO

Prof. Dott. E. ROSSI
V. Direttore

Valore Clinico della Reazione di Wassermann in Psichiatria

Lo studio che impropriamente viene appellato delle malattie mentali, comprende, coi problemi che direttamente si riferiscono alla specialità, anche i più ardui della medicina e della biologia. Sono appunto questi ultimi quelli che contengono la soluzione di molti altri.

La psichiatria, per sua sfortuna, non ebbe, come le altre specialità più affini, la neurologia particolarmente, una origine naturale ed in rapporto evolutivo coi più svariati sistemi organici, e tanto meno colla patologia di detti sistemi.

Di qui il suo originario procedere in maniera affatto inversa a quella delle altre scienze; e più che medico e scientifico quindi, il punto di partenza della psichiatria fu soltanto sociale.

Ai tempi di Pinel la follia e la medicina erano estranee l'una all'altra. Pinel intuì tanta abnormità e fece ogni possibile sforzo perchè l'alienazione mentale entrasse nel dominio della medicina. Non conviene dimenticare però che la riforma di Pinel

fu di carattere essenzialmente filantropico e le tendenze delle malattie mentali si rivelarono sopratutto filosofiche e psicologiche.

Bisogna arrivare a Morel per entrare nel periodo veramente scientifico della Psichiatria, per mezzo della dottrina sulle degenerazioni, per la importanza che Morel attribuì alle infezioni e alle intossicazioni e in maniera particolare alla eziologia, di cui ha fatto la base della sua classificazione; la psichiatria si è avvicinata notevolmente alla medicina.

L'esame psicologico degli alienati, se per se stesso costituisce uno studio di prima necessità, non è affatto sufficiente. Non basta cioè raccogliere i soli sintomi psichici per formulare un giudizio diagnostico, ma occorre escogitare anche il signficato patologico di essi, mettendoli in rapporto coi progressi organici che costituiscono la condizione prima, e con la causa che li determina.

La reazione di Wassermann ci svela appunto, con le sue modalità una più potente causa, la sifilide, unica determinante della paralisi generale; forma morbosa mentale di cui chi osasse oggidì affermare il valore, poggiandosi soltanto sopra l'esame psichico, cadrebbe nel ridicolo, e nel fatto riuscirebbe incompleto.

GENERALITA'

Con felice espressione il Prof. Rondoni, nella sua nota sulla Riforma Medica del 1 Gennaio 1923, afferma che sulla reazione di Wassermann esiste una vera biblioteca, ed io aggiungo di lavori, di memorie, di note e di osservazioni. E' noto a tutti oramai il principio del metodo siero - diagnostico, per cui in presenza di un antigeno determinato si mette il siero di un individuo del quale si vuol conoscere il tenore in anticorpi rispetto a detto antigeno, e un complemento qualunque contenuto in un siero.

Il problema consiste soltanto nel trovare un mezzo per verificare se in tale miscela il complemento è rimasto libero o è stato de-

viato o fissato per la combinazione dell'antigeno e dell'anticorpo. Nel primo caso, infatti, è l'intermediario anticorpo, sensibilizzatrice, ambocettore che fa difetto, nel secondo invece la fissazione del complemento ci prova la sua presenza. Siccome è dimostrata la specificità delle sensibilizzatrici di fronte ad un dato antigeno, sarà dunque facile assicurarsi se il siero impiegato appartenga ad un organismo che ha ricevuto un tale antigeno. Per rendere ancora più netto questo fatto, si può prendere un esempio: se mettiamo a contatto dei bacilli di Eberth un siero tifico e un complemento qualunque, la sensibilizzatrice specifica del siero sensibilizzerà i bacilli, permetterà la fissazione del complemento che non esisterà più allo stato libero nella miscela.

Ora noi sappiamo che un siero, reso emolitico per una specie di globuli rossi, perderà le sue proprietà emolizzanti se si distrugge il complemento, e le ritroverà mettendolo in contatto con un nuovo complemento qualsiasi. Con un tal sistema emolitico (siero riscaldato a 55° per mezz'ora e globuli) è ora facile rendersi conto se in una miscela esista o meno del complemento in libertà, secondo che l'emolisi avrà luogo o non si produrrà affatto.

La sierodiagnosi consiste adunque nel mettere in presenza di un antigeno un siero sospetto e un complemento qualunque durante un certo tempo. Si aggiungerà in seguito del siero emolitico riscaldato a 55° e dei globuli rossi per i quali esso è stato preparato. Se vi ha emolisi i globuli rossi distrutti metteranno in libertà la loro emoglobina che darà alla miscela, anche dopo la centrifugazione, una tinta rossa facile a constatare; se al contrario essa non ha luogo, i globoli rossi cadranno al fondo, il liquido soprastante rimarrà chiaro e tale fenomeno apparirà con più chiarezza dopo la centrifugazione.

Basta aver visto una volta per non più sbagliarsi; se vi è emolisi vuol dire che il complemento è presente, non è stato fis-

sato, manca dunque la sensibilizzatrice e il malato non ha la malattia a cui corrisponde l'antigeno impiegato.

Se non vi è al contrario emolisi la combinazione esisteva adunque, il complemento è stato deviato o fissato, il malato è affetto della malattia alla quale corrisponde l'antigeno.

Si vede che sotto tale forma il metodo è logico e relativamente semplice. Esso ha, sotto il nome di «Reazione di fissamento», creato da M. Widal, dati risultati interessantissimi in diverse malattie infettive e particolarmente nel tifo. La scoperta del treponema pallido di Schaudin, di cui la specificità come agente della sifilide non è più da nessuno messa in dubbio, ha suggerito a Wassermann l'idea di verificare se tale metodo potesse essere applicato alla ricerca, nel siero dei sifilitici, di antigeni specifici.

La difficoltà che ci si para fin dall'inizio sta nella impossibilità di potersi procurare l'antigeno allo stato puro. Si sa, infatti, che malgrado tutti i tentativi escogitati, non è possibile di ottenere dette colture di treponemi. Wassermann e i suoi collaboratori ebbero l'idea di impiegare quale antigeno dell'estratto di fegato eredo-sifilitico che possiamo procurarci con facilità e che contiene molti treponemi.

I risultati non tardarono a giustificare le loro speranze.

Insegnamenti forniti dal metodo di Wassermann
Sua importanza specialmente in clinica psichiatrica

Sogliamo impiegare sistematicamente detto metodo nel nostro comparto di Osservazione Donne, dove vengono accolte in media cinquanta malate al mese, ottenendo, come tutti quelli che l'hanno impiegato, una grande proporzione di casi positivi, sufficienti a dimostrare il suo valore nell'insieme e il suo interesse pratico.

Errori a tal riguardo sono numerosi, quando si pensi che per detto esame occorrono molti controlli.

Dalle statistiche pubblicate in riguardo a dette metodo apprendiamo: nei casi di sifilide dichiarata i risultati, secondo Gaucher, sono positivi nella media del 70 al 90 per cento, mentre in altre malattie, come la lebbra o la scarlattina, si è trovato una media dal 6 all'8 per cento.

Nei casi di accidenti primari, come afferma Joltrain, la sierodiagnosi è meno positiva. Levaditi, Laroche e Ysamananchi sostengono che nell'83 per cento, dopo il periodo secondario, essi non trovarono che il 46 per cento di casi positivi, prima della apparizione della roseola.

Studiando gli ammalati in serie, hanno potuto osservare il fatto eccezionale di trovare nel siero anticorpi specifici prima del quindicesimo giorno; il che si accorda con la Clinica che conferma in tal periodo la rarità di fenomeni septicoemici o la possibilità delle auto-reinoculazioni, come l'ha dimostrato il Quejrat. Joltrain ha osservato quindici casi di ulceri, che avevano sorpassato detto periodo e in cui in otto i risultati furono positivi, in quattro la reazione si mantenne leggermente positiva, e in tre affatto negativa. Nel periodo secondario, con accidenti di roseola e placche mucose, la statistica degli autori varia fra il 60 ed il 70 per cento. Joltrain trovò negativa la sierodiagnosi due volte sopra 32 casi.

Finalmente in un caso di sifilide maligna precoce Joltrain trovò negativa la reazione, mentre in due casi di rupia sifilitica terziaria essa fu positiva.

Nel terziarismo, in genere, la proporzione dei casi positivi si eleva all'80 per cento e al 90 per cento. Non sembra in detto periodo che il trattamento sia suscettibile di influenzare molto la reazione.

Un gran numero di ammalati di forma mentale e con rea-

zione spiccatamente positiva, sia durante il trattamento intensivo mercuriale, sia col neo-salvarsan, non ebbe modificata la reazione, mantenendosi cioè sempre positiva. Il che è di grande interesse pratico, perchè ci indica la poca serietà di sedicenti curatori di sifilide in soggetti affetti da paralisi progressiva, da demenza precoce e da deliri sistematizzati, in cui la reazione di Wassermann può risultare positiva. Molti malati di mente, in genere, sono dei terziaristi, nei quali non possiamo ammettere che la reazione positiva sia il fatto di una sifilide in attività.

La reazione positiva quindi non costituisce un segno prezioso per un trattamento precoce, mentre in questi casi dobbiamo ammettere piuttosto che i treponema abbiano abbandonato da un pezzo il loro focolaio primitivo di localizzazione, per immigrare nelle vie linfatiche. Insistere nel trattamento mercuriale o arsenicale vale esporre i pazienti a novelle intossicazioni.

Non intendiamo con questo diminuire valore alla siero-reazione, che, se non altro, vale a mettere in luce, in certi casi particolari, la vera natura del morbo.

Blumenthal e Hoffmann, infatti, mediante la siero-reazione misero in luce molti casi di sifilide latente. In molti casi di lesioni viscerali la reazione di Wassermann ha dato risultati interessanti. Müller, Esmain, Parver, infatti, avendo trovato la reazione positiva nel siero e nel liquido ascitico, hanno potuto così mettere in evidenza la natura sifilitica di certe cirrosi del fegato. Anche Joltrain ebbe ad osservare risultati analoghi in un caso clinicamente giudicato una cirrosi alcoolica, in cui soltanto era da tenere in conto la presenza di pigmenti biliari tanto nel siero che nel liquido ascitico. Sono stati pure osservati casi di eredo-sifilide con splenomegalia, dove il siero dava ben netta la reazione di Wassermann, come pure è stata osservata in casi di leucemia mielogena di natura sifilitica.

Lambry e Parvu, studiando la reazione di Wasser-

mann in un gran numero di affezioni cardio-vascolari, hanno dimostrato come essa è suscettibile di fornire utili indicazioni. Quasi sempre positiva è stata trovata in casi di aneurisma dell'aorta, nelle affezioni aortiche in genere, nell'arterio-sclerosi con ipertensione e nelle arteriti.

È stata pure osservata positiva in casi di nefrite sifilitica e in varie affezioni oculari e laringee.

Degno d'importanza poi è il valore della reazione di Wassermann nella eredo-sifilide. Casi di eredo-sifilide osserviamo con frequenza nel nostro Manicomio e in soggetti che vengono ammessi sia per semplici squilibri mentali, sia per imbecillità fino alla idiozia. In tali casi il più spesso ci è dato di osservare distrofie congenite e segni degenerativi organici ben manifesti.

In psichiatria del resto non è un fatto nuovo la reazione positiva di Wassermann, tanto nel siero del sangue quanto nel liquido cefalo-rachidiano, e nelle più svariate forme morbose mentali.

Marie, Levaditi e Yamananchi hanno trovato la sierodiagnosi positiva in novantatrè per cento di casi di paralisi generale. Raviart, e Petit, dell'Istituto Pasteur di Lilla, hanno esaminato quattromila alienati; hanno trovato risultati positivi nella maggior parte dei tabetici, in 71 paralitici generali sopra 76 e in tutti i casi di meningite specifica.

Nei liquidi cefalo-rachidiani più raramente si riscontra nei malati di mente la positività della reazione di Wassermann, e, nei pochi casi in cui si è trovata, si trattava di soggetti, in genere, giovani, con notevoli stigmate fisiche degenerative, nel cui liquor si notava a prevalenza opalescenza, stato spesso fibroso, con presenza di cellule mononucleate, a tipo di plasmazellen, con o senza ipertensione, ma con costante aumento di albumina. In questi casi possiamo quasi sempre con certezza ammetter nei pazienti

precedenti di meningite specifica, tanto più nei soggetti con mentalità affatto scomparsa e con reliquati di distrofie organiche.

Nei malati di mente però la reazione di Wassermann ha un interesse meno che relativo nei riguardi del valore di essa nello studio patogenico delle forme stesse morbose.

Del nostro avviso sono tutti quegli osservatori che appunto hanno voluto studiare detta reazione in malati di mente. Roubinovitch e Levaditi (Gazzette des Hôpitaux 1909) hanno esaminato il siero e il liquido cefalo - rachidiano dei dementi precoci, applicando il processo di Wassermann collo scopo di precisare l'importanza dell'infezione sifilitica nella eziologia di detta forma mentale. Hanno portato le loro ricerche sopra quindici casi di demenza precoce. La maggioranza dei malati ha fornito un siero affatto inattivo, mentre in tre soli pazienti è stato osservato chiaramente il fenomeno della fissazione del complemento. Nei tre malati di cui il siero ha data la reazione positiva, è riuscito impossibile scoprire antecedenti specifici netti, sia ereditari, sia personali. Tuttavia la sifilide era possibile in essi, perchè un malato in cui la demenza iniziò a tredici anni, presentava segni clinici di degenerazione. D'altronde due altri ammalati, egualmente portatori di stigmate degenerative importanti, erano diventati dementi a 29 anni, ad un'epoca cioè in cui la possibilità della contaminazione sifilitica non si può escludere. L'assenza poi della reazione positiva nel liquido cefalo - rachidiano di tutti i dementi precoci, esaminati dagli autori, ha permesso di concludere che tale assenza provava che le alterazioni cerebrali caratteristiche della demenza precoce non potevano essere attribuite che alla infezione treponemica.

Noi, edotti dai numersi casi di demenza precoce in cui praticammo la reazione di Wassermann, sia nel siero che nel liquor, possiamo aggiungere, senza tema di essere smentiti, che se in casi di demenza precoce abbiamo constatata la attività del siero

perciò che riguarda la fissazione del complemento alla presenza dell'estratto acquoso od alcoolico di organi; ciò potrebbe essere accaduto, probabilmente, perchè ci siamo trovati di fronte a casi di sifilide acquisita o ereditaria, ma affatto accidentale e non avendo alcun rapporto di casualità con la malattia mentale, in soggetti particolarmente con tare fisiche ed antropologiche degenerative.

Dove la prova del Wassermann acquista vero e proprio valore diagnostico, patogenetico, è nélla paralisi generale la quale, fino a pochi anni fa, era ritenuta un'affezione parasifilitica, mentre in realtà è un'affezione sifilitica.

Gli individui che ne sono affetti hanno la disgrazia di albergare un ospite insidioso ed irremovibile, che resiste cioè ad ogni trattamento antisifilitico: forse perchè il siero dei paralitici progressivi è possessore di anticorpi che si oppongono all'azione di ogni medicamento. Tuttavia non possiamo trascurare la sede della lesione, il cervello, dove è dubbio possano arrivare i mezzi forniti dalla farmacopea, sia pure ufficiale. Considerando d'altronde che il siero paralitico generale è egualmente iperimmunizzato contro la spirocheta, senza che il liquido cefalo - rachidiano lo sia al medesimo grado, sembrerebbe affatto indicato il trattamento della paralisi generale con le iniezioni intra - spinali del malato col suo stesso siero. Carl Hamilton Browning e Ivy Mac Kemie sono entusiasti d'un simile metodo di cura. Però gli sforzi fatti anche in questo senso, per la cura dei paratitici generali, sono riusciti in massima vani. Tuttavia il carattere fatalmente progressivo dell'evoluzione di detta psicosi organica ne giustifica il tentativo.

Nella demenza paralitica, come noi stessi abbiamo osservato e in moltissimi casi, la reazione di Wassermann è preziosissima anche dal punto di vista diagnostico, poichè l'esame del liquido cefalo - rachidiano. che nei dementi paralitici dà risultati positivi, riguardo alla deviazione del complemento, costituisce un

indice di valore non dubbio che ci è di guida al differenziamento efficace delle psicosi in genere, quale la demenza precoce, la psicosi sensoriale, la psicosi maniaco - depressiva, le forme di mania e di malinconia e le affezioni sifilitiche o parasifilitiche (paralisi generale) dell'encefalo.

In tutti i casi di paralisi generale però ci é dato di osservare la deviazione del complemento, particolarmente poi nel liquido cefalo - rachidiano; come più volte potemmo osservare. In molti casi, pure avendosi reazione negativa nel siero non bisogna escludere la completa inesistenza dell'affezione. La formazione degli anticorpi infatti è sottoposta a delle oscillazioni, così che in uno stesso caso possiamo ottenere in certi determinati momenti la deviazione del complemento, mentre in altri può mancare del tutto.

Anche il Raviart, il Breton, Petit, Gayet, Cannac, in Rue de Médicine, hanno fatto ricerche sulla reazione di Wassermann, mettendola in rapporto coll'alienazione mentale. Dalle loro osservazioni risulterebbe una certa costanza della deviazione del complemento negli eredo - sifilitici, nei tabetici e nei paralitici generali. Fu trovata assente invece detta deviazione nelle demenze vesaniche, rara negli epilettici, e non frequente nelle demenze precoci e nelle demenze organiche e senili.

La reazioni del Wassermann è stata osservata pure con frequenza negli idioti e negli imbecilli, il che abbiamo ammesso anche noi considerando in massima gli idioti e gli imbecilli dei veri e prori eredo - sifiolitici.

Il Dean in « Procedinge of the Royal of Medicine of London, 1910 » ottenne egualmente la reazione di Wassermann positiva nel 21 per cento dei casi di idiozia. Sarbo e Kiss l'osservarono anche nell'alcoolismo cronico in cui, con molta probabilità, doveva trattarsi di sifilide associata.

Roubinovitch, Baruk e Bariéty esaminarono all'ospizio di Bicêtre numerosi casi di gracilità psichiche, non

presentanti clinicamente alcun segno di lesioni del sistema nervoso. Dalle loro ricerche ebbero i seguenti risultati:

1. L'albumina del liquido cefalo-rachidiano era aumentata. Sopra 48 casi studiati si trovò che la quantità dell'albumina arrivava a 30 centigrammi, mentre con l'apparecchio di Ravaut un tale prodotto oscilla a circa 25 centigrammi. Vi era dunque una proporzione del 41 per cento di iperalbuminosi.

2. Riscontrarono linfocitosi nella proporzione del 16 per cento.

3. In quanto alla Wassermann gli autori la trovarono sempre negativa nel liquido cefalo-rachidiano, mentre la osservarono quindici volte positiva o sospetta nel siero sanguigno, ossia nella proporzione del 32 per cento. Tale constatazione positiva della Wassermann nel sangue ha permesso agli autori il sospetto fondato per la sifilide nella genesi delle encefalopatie infantili. I dati dell'esame umorale in simili casi sono del resto confermati anche dalla frequenza delle stigmate distrofiche di specificità, che tanto spesso ci è dato di osservare in Clinica sopra tali ammalati, in cui non vanno quasi mai disgiunte constatazioni di manifestazioni sifilitiche nei loro ascendenti.

Più recentemente poi sono state fatte osservazioni della deviazione del complemento anche in casi di psicosi maniaco-depressiva, nella epilessia e ripetute nella demenza precoce, con risultati dubbi o affatto negativi.

Malgrado le contradizioni e le incertezze esistenti circa il valore della deviazione del complemento nelle malattie mentali, anche una reazione negativa, benchè il valore di una reazione negativa sia lontana di uguagliare quello di una reazione positiva, permette tuttavia di formulare il diagnostico; mentre una reazione positiva ne impone un trattamento di prova.

VALUTAZIONE DELLA REAZIONE DI WASSERMANN

Se la reazione di Wassermann in poche forme mentali dà dei buoni risultati, è tuttavia passibile di critica. Vi sono degli autori che ne discutono perfino il valore. Già la complessità di essa nella sua forma originale impone una grande abitudine negli espedienti di laboratorio, per cui detta ricerca non si adatta alla pratica generale, anche in vista di una considerevole perdita di tempo.

Il primo argomento che si può mettere contro la reazione di Wassermann è il seguente: allorchè in luogo di impiegare dell'estratto di fegato sifilitico, si prende del tessuto epatico di un'altra origine, si ottengono analoghi risultati. Possiamo servirci anche di estratti di organi di porcellini d'India, il cuore sopratutto. Finalmente se prendiamo degli estratti alcoolici di detti organi, sopratutto del fegato, ci accorgiamo che le sostanze disciolte, che sono dei lipoidi, hanno soltanto la proprietà dell'antigeno sifilitico. Se si impiega questo estratto in soluzione, otteniamo dei risultati analoghi; al contrario se ci serviamo del rimanente residuo epatico, ci accorgiamo facilmente che esso ha perduto le proprietà di fissatore. Joltrain impiegando la lecitina, come hanno fatto pure Levaditi, Yomanachi, Eister, Porget, Meyer, Tojosumi, potè ottenere il più spesso gli stessi risultati positivi come nel metodo primitivo di Wassermann. Sachs e Rondoni hanno fatto pure uso di miscele di oleato di soda e di lecitina; più tardi Levaditi, Porget, Elias Neuhauer, Salomon, Le Soverd e Pagniez di taurocolato di soda e di glicerolato di soda, che danno dei risultati assai costanti.

Al contrario le albumine, certe globuline e la colesterina, che esistono nell'organismo allo stato colloidale, non possiedono le proprietà di fissazione del complemento in presenza di sieri sifilitici (Joltrain).

In genere dobbiamo far notare che quei saggi, che hanno dato risultati variabili agli autori che adoperarono le suddette miscele, hanno fornito insegnamenti meno precisi che la reazione di Wassermann. Di più molti sieri non appartenenti a malati specifici. erano egualmente suscettibili di avere una reazione di fissazione positiva.

Questi i fatti che noi tralasciamo di discutere, mentre nella pratica psichiatrica costituiscono un segno di non lieve valore i risultati pratici della siero - diagnosi che si ottengono con un metodo fisso, quale quello classico di Wassermann.

Non possiamo invocare nella siero - reazione della sifilide l'intervento di anticorpi o di antigeni sifilitici nel senso abituale della parola, poichè essi non hanno che dei rapporti assai vaghi con la emulsione dei treponemi. Il che ha potuto far dubitare della specificità della reazione. Sembra quindi che si debba piuttosto attribuire alla presenza, nel siero e nel liquido cefalo - rachidiano di individui affetti da sifilide, di sostanze composte non proteiche, o albumine allo stato colloidale, che, in presenza dei sali biliari e e dei lipoidi del fegato precipitano, determinando la fissazione del complemento emolitico.

Sappiamo che durante l'immunizzazione vi è un cambiamento notevole nello stato delle globuline del siero. Ogni affezione provoca negli organi e negli umori dell'organismo reazioni specifiche, modificazioni fisico - chimiche, alterazioni cellulari, degenerazioni grassose, modificazioni di struttura dei protoplasmi. La lesione di certi organi glandolari mette in libertà nel sangue particolari sostanze. Questi fenomeni sono ben noti. E' così per la sifilide e per la setticemia per eccellenza. Tali particolari modificazioni sono appunto quelle che possiedono realmente una certa specificità.

Il Kapsenberg accenna a speciali prodotti disintegrativi proteici o lipoidali che si contengono nei sieri luetici, prodotti che apporterebbero delle modificazioni globuliniche.

Molti autori ritengono che nel siero luetico sia aumentato il contenuto in aminoacidi, precisando in tal modo il genere di prodotti disintegrativi a cui sarebbe dovuta l'alterazione specifica del siero.

Il Rondoni per spiegare il quid ignoto che conferisce ai sieri luetici le specifiche proprietà, crede che occorrerebbe rendere eguali al siero luetico i sieri normali, mediante aggiunta di varie sostanze in vitro o meglio con iniezioni in vivo e per tentativi, i quali pare abbiano dati risultati malsicuri.

Si potrebbe anche pensare che i sieri luetiti contengano prodotti disintegrativi specifici, speciali polipeptidi provenienti dai tessuti danneggiati da treponema o anche da treponema stesso. La Wassermann infatti è positiva particolarmente nel corso di forme luetiche con abbondante reperto treponemico, come le secondarie e quelle dette metaluetiche, quali appunto la paralisi progressiva nella quale il reperto è a prevalenza nella corteccia cerebrale, dove è probabile siano in opera dei prodotti tossici di origine treponemica; mentre è meno frequentemente positiva nelle forme terziarie in cui le lesioni distruttive dei tessuti sono spiccate, ma il reperto parassitario è scarso.

Non ostante le numerose ipotesi e le probabili valutazioni, è certo che il metodo di Wassermann in psichiatria sta acquistando un valore pratico diagnostico non trascurabile.

CASI SPECIALI

Osservazione I.

L. G., di anni 6 è entrata in Manicomio il 20 Agosto 1922. E' un soggetto grinzoso, dal viso vecchieggiante (piccolo vecchio sifilitico), con cranio sub - microcefalico ed accentuato strabismo. E' sudicio e non si regge affatto in piedi. Si nota arresto completo di sviluppo psichico

con la risultante di essere una idiota. I riflessi tendinei sono tutti esagerati specie i patellari e gli achillei.

Manca il clono della rotula, esiste pseudo - clono bilaterale del piede; non Babinski. I riflessi cutanei sono vivaci. Ha fronte olimpica, palato ogivale, dismorfismo dentario; diastema lemurinica, diastemi multipli, incisivi seghettati.

La reazione del Wassermann del sangue è stata positiva (+++).

L'esame del liquor ha dato i seguenti risultati:

Citometria N. O linf. p. mmc.

Nonne I limpido

Albumina = 0,35 per 1000

Reazione di Wassermann negativa.

Pandy negativo

Weichbrodt negativo

Osservazione II.

B. Adele, di anni 14, è entrata in Manicomio il 16 Agosto 1922.

E' una imbecille mixedematosa con ipertrofia della tiroide, con lieve ptosi palpebrale e il naso, le labbra e la faccia rigonfiate. Presenta scarso sviluppo del linguaggio e incompleta formazione dell'intelligenza, per cui le sue cognizioni sono paragonabili a quelle infantili. Non è ancora mestruata. Rimane tutto il giorno seduta, senza mai esternare un desiderio. Riceve forzatamente il cibo. La paziente non sa ancora pronunziare una parola, e venendo toccata emette grida acutissime. Presenta ipotonia nel campo del VII. inferiore sinistro. I riflessi sono vivi; si saggiano male per l'opposizione dell'ammalata. Evocando i patellari e gli achillei si provoca il riflesso plantare. Non Babinski. Pupille torpide alla luce. Cranio rotondo, con base schiacciata, diastema lemurinico grandissimo, patato ogivale. La paziente va soggetta anche ad accessi convulsivi.

La reazione del Wassermann del sangue è stata positiva (+++).
L'esame del liquor ha dato i seguenti risultati:

Citometria N. 30 linf. p. mmc.

Nonne I con opalescenza

Albumina oltre 0,5 per 1000

Reazione di Wassermann leggermente positiva (+ — —).

Pandy positivo

Weichbrodt negativo

OSSERVAZIONE III.

B. Ines, di anni 22, è entrata in Manicomio il 14 Agosto 1922.

E' una idiota submicrocefalica, dai movimenti scimmieschi. Tutto il suo linguaggio è limitato a due o tre suoni che la paziente ripete monotonamente tutte le volte che le si rivolgono delle domande. Dimostra pervertimenti istintivi. Dalla nascita non è stata mai capace di acquistare le più elementari nozioni, che un bambino normale assume fin dai primi anni di vita. E' paraplegica degli arti inferiori. Riesce difficile un rigoroso esame della paziente che oppone violenza. I riflessi tendinei sono fortemente esagerati e le pupille reagiscono alla luce.

La reazione Wassermann ha dato i seguenti risultati:

Reazione del sangue positiva (+++).

Esame del liquor: citometria N. 2 linf. p. mmc.

Reazione del Wassermann positiva (+++).

OSSERVAZIONE IV.

N. Margherita di anni 15; è entrata in Manicomio il 7 Agosto 1922, e dichiarata affetta da demenza precoce. Dimostra notevole arresto degli affetti familiari, nè la commuovono le sventure e le gioie che più di-

rettamente la riguardano. I suoi atti si rivelano strani e contradittori, con coscienza abbastanza chiara per tutto ciò che accade d'intorno. Qualche volta diventa eccitabile e interpreta tutto sinistramente, fino a diventare impulsiva. La caratteristica di questa povera paziente è di essere passiva alla volontà altrui, talchè le si può imporre qualunque atto. Interrogata degli atti ingiustificati, scoppia in una fatua risata. E' stata sempre di carattere puerile e leggera. Non ha idee deliranti speciali, nè dimostra disturbi sensoriali. E' pallida con lieve ptosi palpebrale sinistra ed ipotrofia facciale dallo stesso lato; ha pure insufficienza nello sviluppo della pubertà; non è ancora mestruata. Il suo volto è cascante e vecchieggiante, i muscoli ed i ligamenti di tutto il corpo sono ipotonici; singolarissimi poi si rivelano nella paziente i movimenti che possiamo imprimere agli arti superiori, riuscendo a spingere i due gomiti posteriormente e in alto, fino in corrispondenza dell'occipite, e propriamente di una retta che, partendo dal mezzo dalla colonna vertebrale, si prolunghi in alto, toccando il mezzo della protuberanza occipitale.

La reazione del Wassermann del sangue è stata sempre positiva (+++).

E' stata praticata alla paziente la cura di iniezioni ipodermiche di salicilato di mercurio e di neo - salvarsan per iniezioni endo - venose, senza notevole risultato. La paziente è sempre decaduta psichicamente, svogliata a qualsiasi lavoro, con periodi di ansia e di agitazione.

Osservazione V.

Luigia F. è entrata in Manicomio, perchè affettta da demenza precoce il 23 Febbraio 1923. E' di professione operaia. Nei luoghi dove si recava a lavorare tutti la deridevano. Soggetto con note somatiche degenerative: presenta asimmetria cranio - facciale, deviazione nasale a sinistra. Ha la faccia con espressione da ebete; la paziente parla poco, dimostra decadenza affettiva e singolare fatuità; è disorientata nel tempo e nello spazio. La nonna materna è morta pazza in un Manicomio.

La reazione di Wassermann del sangue é risultata leggermente positiva +——).

Osservazione VI.

F. Eva, di Milano nubile, di anni 20. E' affetta da demenza precoce ed è entrata in Manicomio il dì 8 Gennaio 1923. E' di professione impiegata. Da bambina si dimostrò sempre un soggetto piuttosto taciturno e sospettoso. Soffrì di morbillo e pertosse. In casa manifestò depressione psichica e disturbi sensoriali uditivi; era sitofoba e negativista. Nel Manicomio dimostrasi a prevalenza taciturna, a volte rifiuta il cibo, per cui siamo costretti mantenerla in letto ed alimentarla qualche volta con la sonda esofagea. Non mancano nella paziente manierismi; ha contegno fatuo ed accenni di idee di persecuzione. Ripete spesso di non poter fare la vita che fanno tutte le altre. Fra le stigmate degenerative risaltano nella paziente: ipertricosi facciale, platicefalia occipitale e macrodontismo La paziente è stata pure visitata dall'ostetrico che le ha rinvenuto l'utero infantile; è mancante di mestrui. La madre della paziente ha presentata positiva la reazione del sangue statale fatta in Manicomio (++—).

La reazione di Wassermann del sangue della paziente è risultata intensamente positiva (+++).

Osservazione VII.

M. Vittoria, di anni 18 di Gallarate, nubile, figlia di fu Luigi e C. Enrichetta. E' stata accolta in Manicomio per demenza precoce. La paziente fu mestruata a 15 anni; soffrì di forme reumatiche e fin dal dicembre 1922 in casa era diventata muta, negativista, con stupore, insonnia e catatonia, con episodi di ansia ed impulsività. Entrò in Manicomio nel Gennaio del 23, conservando un contegno stuporoso, smarrito ed un mutismo quasi assoluto. Ha tendenze a graffiare le persone. E' quasi sempre sudicia.

Fra le stigmate degenerative osserviamo: asimmetria cranio-facciale, palato ogivale, glandole epitrocleari, fessure di Parrot.

La reazione del Wassermann del sangue è risultata intensamente positiva (+++).

Osservazione VIII.

C. Maria, di anni 19 nubile, nata a Parà Manaos (Brasile) di professione gommaia, entrò la prima volta in Manicomio il 27 Dicembre 1922. E' affetta da paralisi generale giovanile.

La paziente non ha avute mai le mestruazioni. Il padre morì ancora giovane di età, la madre è vivente ed ha avuto due aborti. La paziente, in qualità di operaia, era adibita a lavori di gomma nello stabilimento Pirelli di Milano, da dove si è allontanata da circa un anno a causa dei progressivi disturbi che l'incolsero, rendendola specialmente incapace ad ogni movimento attivo.

E' una debole di mente, smemorata ed inaffettiva; è anche sudicia. Pronunzia qualche incerta e confusa parola in cui si nota il grande sforzo da parte della paziente; la parola poi risulta chiaramente scandita ed incompleta. La paziente non riesce quasi affatto nella pronunzia di parole lunghe e difficili nella loro composizione sillabica. Ha facile esauribilità nei movimenti dei bulbi oculari. L'atto di digrignare i denti e di protrudere la lingua è accompagnato da scosse e tremori di tutto il territorio innervato dal VII. e XII. Tutti i muscoli del corpo della paziente sono diminuiti di volume ed il pannicolo adiposo sottocutaneo quasi scomparso. I movimenti passivi trovano una resistenza aumentata, mentre quelli attivi sono possibili ma lenti, imprecisi, accompagnati da tremore a vaghe oscillazioni. Esiste incertezza nel senso della direzione; ha tremori intenzionali. La paziente solleva stentatamente le gambe dal piano del letto, a poca altezza e con ampie oscillazioni. Nell'atto di riposo i piedi sono in posizione varo - equina; la posizione vara si attenua nella posizione assisa, a gambe penzoloni, con prevalenza a sinistra. Ha costante posizione in estensione forzata degli alluci, che non aumenta evocando il Babinski. I riflessi tendinei sono tutti esagerati, i cutanei normali. Pupille isocoriche, reagenti pochissimo sia alla luce che all'accomodazione. La paziente non si regge in piedi da sola; la deambulazione, anche con l'aiuto di due infermiere, le riesce impossibile.

Note fisiche abnormi: si osserva nella paziente soffio presistolico che si estende al I. tono; il II. tono è rinforzato alla base; si nota nella paziente mancanza di peli sul pube; i genitali esterni sono allo stato infantile e verginale.

La reazione del W a s s e r m a n n del sangue è risultata intensamente positiva (+++).

Liquor: reazione del W a s s e r m a n n intensamente positiva (+++).

Nonne I lievemente opalescente

Albumina = 1,20 per 1000

Pandy positivo

Weichbrodt positivo

Citometria N. 73 linf. p. mmc.

OSSERVAZIONE IX.

C. Virginia di anni 40 vedova, operaia, domiciliata a Milano, fu accolta in Manicomio il 18 Gennaio 1923 per demenza precoce paranoide.

E' entrata in stato di depressione, con idee di colpa e di persecuzione. Rimasta vedova contrasse una relazione d'amore e subito dopo fu colpita da rimorsi con interpretazioni deliranti di auto-accusa. E' sempre depressa, parla pochissimo e risponde forzatamente. A volte rifiuta il cibo, affermando di non meritarlo e di non poterlo pagare. Talora si è costretti, per l'ostinazione della paziente nel rifiutare l'alimento, di ricorrere all'alimentazione forzata mediante la sonda esofagea. Tra le note degenerative osserviamo una accentuata asimmetria facciale; la paziente presenta la rima palpebrale sinistra più ampia di quella di destra, l'arco sopracigliare destro è più basso del sinistro, il naso è deviato a destra.

La reazione di W a s s e r m a n n del sangue è risultata intensamente positiva (+++).

OSSERVAZIONE X.

T. Maria, di Seregno, di anni 29 nubile, fu accolta il 29 Giugno 1920. Mestruò a 15 anni dimostrando cambiamento di carattere da preoccupare la famiglia. La paziente era irrequieta, irascibile, con interpretazioni deliranti persecutorie e tendenze suicide. Anche in Manicomio le interpretazioni deliranti sono attive ed a contenuto vario erotico - religioso e di persecuzione. Ha tentato due volte il suicidio. Soggetto con evidente prognatismo, palato ogivale, asimmetria cranio - facciale.

La reaziona di Wassermann del sangue è risultata positiva (++—).

OSSERVAZIONE XI.

U. G. di anni 26 nubile, entrò in questo Manicomio il dì 27 Settembre 1920. Precedentemente era stata ricoverata nel Manicomio Provinciale di Como per demenza precoce, forma mentale di cui spiccano tuttora i segni nella paziente, e particolarmente i manierismi e le stereotipie. E' notevole il decadimento mentale nella paziente la cui affettività è del tutto scomparsa. E' anche sudicia. Tra le note somatiche degenerative osserviamo: macrocefalia, lieve prognatismo e lieve strabismo convergente.

La reazione di Wassermann del sangue è risultata positiva (++—).

OSSERVAZIONE XII.

R. Elira, fu Arcangelo, di anni 27. nubile, casalinga, entrata in Manicomio, perchè affetta da demenza precoce, il 22 Marzo 1922. La paziente è affetta da forma conclamata giovanile e specialmente da ebefrenia, con continua manifestazione di negativismo e tendenza ostinata a rifiutare il cibo. E' quasi sempre mutacista, con tendenze a rompere i vetri e a lacerarsi i vestiti; generalmente sudicia. Ha organi genitali infantili e polisarcia.

La reazione del sangue di Wassermann è risultata leggermente positiva (+——).

Osservazione XIII.

C. Natalina, di anni 24 nubile operaia. E' stata accolta in Manicomio, perchè affetta da demenza precoce, il dì 27 Agosto 1922. Il primo ricovero avvenne nel settembre del 1920 e il secondo nel marzo del 1921, sempre per demenza precoce. Nessuna eredità psicopatica. La paziente ha sofferta la polmonite all'età di 6 anni, mestruò a 14 e si mantenne sempre regolata. In casa da tempo osservavano nella paziente perdita della memoria, irritabilità alternantesi con crisi di gaiezza, clamori notturni, insonnia ed idee di persecuzione. In Manicomio la paziente alterna stati di stupore con indifferenza sentimentale, mutismo e negativismo con stati di agitazione e pianto puerile. Manifesta idee deliranti di persecuzione a carico di tutti, ed ha disturbi sensoriali acustici, con decadenza affettiva. Tra le note degenerative riveliamo macrodontismo, asimmetria facciale, prognatismo, ristrettezza della fronte.

La reazione di W a s s e r m a n n del sangue è risultata intensamente positiva (+++).

Osservazione XIV.

C. Maria, fu Luigi, di anni 28, nubile, tessitrice, di Monza, fu ricoverata in Manicomio, perchè affetta da demenza precoce, il dì 7 Aprile 1922. E' una debole di mente, manierata, con idee deliranti a prevalenza religiose. Dice di essere S. Maria, scesa dal Cielo in terra per far miracoli.... Contegno fatuo, stolido, con decadenza di affettività e svogliata di rimanere occupata. Fra le note degenerative osserviamo nella paziente: lieve microcefalia, fisonomia infantile, diastema dentario e nanismo.

La reazione del W a s s e r m a u n del sangue è risultata positiva (++—).

Osservazione XV.

L. Rita, nubile, di anni 25, fu accolta in Manicomio il 4 Novembre 1920 perchè affetta da demenza precoce. Il padre morì di tabe dorsale. La paziente, in casa, per dispiaceri amorosi, tentò il suicidio

gettandosi da una finestra del primo piano. E' una debole di mente, fatua di contegno, ripete stereotipamente sempre le medesime frasi. Di tanto in tanto accenna a visioni celestiali e a disturbi allucinatori uditivi: sono voci ingiuriose alle quali reagisce con atti violenti contro se stessa. E' negativista e forzatamente riceve l'alimento. Soggetto sub-microcefalico, con lobuli auricolari aderenti e scarso sviluppo scheletrico.

La reazione di Wassermann del sangue è risultata positiva (+++).

Osservazione XVI.

C. Clara, di anni 33 fu accolta in Manicomio nel Giugno del 1917 affetta da demenza precoce. Il padre fu alcoolista. In casa la paziente dimostrò sempre carattere violento ed irascibilità. Si diede più tardi esageratamente a pratiche religiose, frequentando per intere giornate le chiese e trascurando affatto le cure domestiche. La casa poi distruggeva ogni cosa e specialmente vestiti, biancheria, di notte era insonne. In Manicomio dimostrasi intensamente allucinata: vede il Signore e la Madonna, sente voci che le impongono di distruggere ogni cosa perchè roba inutile e di lusso..... Attualmente dimostra un contegno demenziale ed apatia completa.

La reazione di Wassermann del sangue è risultata positiva (++—).

Osservazione XVII.

T. L., di anni 24, nubile, fu accolta in Manicomio, perchè affetta da demenza precoce, nell'Agosto del 1915. La paziente, a scopo di suicidio, in casa si gittò da una finestra. Presenta un globale decadimento psichico, è negativista e sempre taciturna. E' dominata da idee deliranti di persecuzione e da tedio della vita. Generalmente inerte, inaffettiva, si alimenta con grande difficoltà e spesso scaglia contro le infermiere il cibo che le viene apprestato. E' scontrosa, irritabile e dimostra un contegno quasi sempre diffidente ed ostile. Tra le stigmate degenerative notiamo: microcefalia, lieve prognatismo ed orecchie con lobuli aderenti.

La reazione di Wassermann del sangue è risultata intensamente positiva (+ + +).

SINTESI CONCLUSIVA

In circa sei mesi consecutivi nel Comparto Oosservazione donne di questo Manicomio sono state praticate 115 reazioni Wassermann in malate affette da svariate forme mentali morbose, e principalmente da demenza paralitica, da imbecillità e da demenza precoce.

Ebbene detta reazione risultò costantemente positiva e della massima intensità nella demenza paralitica; quasi sempre positiva nelle frenastenie, mentre nella demenza precoce il numero delle forme con reazione positiva uguagliava quasi quello delle forme negative, con prevalenza di reazione negativa. Così in 35 ammalate affette da demenza precoce, solo in 15 la reazione di Wassermann è riuscita positiva, prevalentemente in quei casi in cui riscontrammo stigmate fisico - degenerative tali da metterci in dubbio la natura stessa delle forme morbose psichiche come nelle osservazioni: 4, 7, 9, 10, 13. 14, 15. 17.

In molti casi di demenza precoce, con reazione di Wassermann negativa, è stata più volte ripetuta nel sangue e nel liquor la prova per maggiore esattezza di giudizio, con esito sempre negativo.

Sicchè mi sembra di essere nel vero in riguardo a quello che più sopra espressi intorno al valore della reazione di Wassermann nella demenza precoce; e cioè che se in parrecchi casi abbiamo constatata la attività del siero, per ciò che riguarda la fissazione del complemento alla presenza dell'estratto acquoso ed alcoolico di organi, ciò è accaduto probabilmente perchè ci siamo trovati di fronte a casi di sifilide acquisita o ereditaria, ma affatto accidentale, e non avendo alcun rapporto di causalità con la malattia mentale.

Si trattava in questi casi di soggetti particolarmente con tare fisiche ed antropologiche degenerative, come abbiamo notato nelle osservazioni: 4, 7, 9, 10, 13, 14, 15, 17.

Il che ci mette in non lieve imbarazzo circa la natura vera della forma mentale morbosa; trattandosi nei nostri casi non di demenza precoce pura, non potendo a cuor leggiero tenere in non cale il risultato della prova del Wassermann.

Certa scuola krepeliniana ha creduto sul serio alle affermazioni stereotipate del maestro in riguardo alla demenza precoce; mentre da tempo sappiamo che in clinica psichiatrica regna tuttora tanta oscurità, e la credenza di possedere dei perfetti quadri nosologici e nosografici costituisce un vero assurdo scientifico.

Sicchè i nostri casi, salvo eccezioni teoriche di dotti esculapi, potrebbero essere anche dei genuini esempi di gracilità e di insufficienza mentale, sotto le spoglie della demenza krepeliniana.

In tali incontri non ci illudiamo, e al pubblico ignorante, in disgrazia di possedere un tizio parente in Manicomio, dichiariamo apertamente di non possedere noi mezzi curativi efficaci a salvare dall' abisso della decadenza psichica il paziente stesso.

Turlupinare il prossimo con pretesi metodi moderni di cura costituisce in psichiatria una immoralità, anche perchè ai poveri ammalati non ne deriva che danno.

Se un valore pratico dobbiamo riconóscere alla reazione di Wassermann nelle forme mentali morbose, si è di potere affermare, nei casi patologici in cui la riscontriamo, la esistenza di un discreto segno che ci addita soltanto un pronostico riservato, per non dire del tutto sconfortante.

Prof. A. ZUCCARELLI

Il problema capitale dell' « Eugenica »

Comunicazione alla R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli nella tornata del 30 Marzo 1924

Solo da pochissimo tempo è cominciato, presso di noi, un qualche serio agitarsi della questione importantissima della « *eugenica* », o « *eugenetica* » che dir si voglia; mentre fino a poco addietro frequente è stata nei giornali, scientifici e politici, la lamentanza che da noi, in Italia, tale questione fosse trascurata o, per lo meno, che molto poco si facesse in ordine ad essa; laddove in altre nazioni le correnti eugenetiche e la propaganda e lotta relativa procedevano molto attive, a vele gonfie. E la lamentanza e rampogna, come di consueto, cresceva allorchè parlavasi del Mezzogiorno, di questo nostro mezzogiorno, così spesso disgraziato e martire.

Eppure non è stato così, nientaffatto così.

Io ho l'onore di ricordare e, senza tema di poter essere minimamente smentito, d'avere fin dal 1894, e poi meglio nell'898, cioè una trentina d'anni addietro, non soltanto *posta la questione*, ma anche d'avere affermato, dichiarato e sostenuto, con tutte le forze mie, quello che lucidamente m'apparve essere il *punto più sostanziale, capitale, della questione*, cioè: « la necessità di fare opera

profilattica efficace, radicale, contro la degenerazione ereditaria, con la *esclusione*, più che fosse possibile, *dei più tarati e degenerati, dalla riproduzione*, preferibilmente mercè la loro *sterilizzazione*».

E questo è il «punto capitale» che ora intendo sottoporre al giudizio dell'Accademia, illustrandolo brevemente e concisamente nella sua storia e nella sua portata bio - sociologica.

* * *

Un grido d'allarme, ben esplicito, ricorderò che usci dal seno del XI Congresso Medico Internazionale tenuto in Roma nel 1894, nel quale fummo in due a richiamare in modo speciale l'attenzione sul grave problema: il signor Bernard riferendo sul suo tema: «*l'eccessiva moltiplicazione dell'umanità difettosa*», e reclamando l'attivo intervento medico nel regolare l'igiene intellettuale e morale dell'umanità; ed io che, nelle conclusioni al mio «*studio su alunni delle scuole secondarie di Napoli*» (1), insistetti sulla necessità di attuare efficaci mezzi profilattici contro il delitto e la pazzia; sulla *ricognizione dei più degenerati* tempestiva, a cominciare dalla scuola; e sulla riduzione dei riproduttori *trasmettenti germi morbosi*.

In seguito, da parte mia, io non seppi non interessarmi sempre più vivamente alla importantissima quistione; e nel N. 6, dell'anno VIII, 1898, della mia rivista «L'Anomalo», dopo aver criticato il disposto *troppo sommario* di «asessualizzazione» di alienati e di condannati per tre volte, introdotta dall'on. Edgar nella legislazione dello Stato Unito del Michigan (*), presi in considerazione il processo operativo, non pericoloso e sicuro, proposto al Congresso di Ostetricia e Ginecologia di Torino (**) per la «ste-

(1) V. «Atti», Vol. VI, pag. 87 - 88.

(*) V. Medical - Legal Journal, di New York, N. 4, 1897, Vol. XIV, pag. 589.

(**) Società Ginecologica di Napoli: Bollettino, anno I, 1901.

rilizzazione muliebre » dal Prof. P. G. Spinelli, nonchè l'invito di lui agli Antropologi di voler giudicare se un tal metodo di *profilassi* « individuale » potesse applicarsi come metodo di profilassi « sociale »; e, plaudendo all'uno e all'altro, conchiusi così: « lo scopo « santo della rigenerazione fisica e morale dei popoli impone il « *bisogno urgente d'impedire la moltiplicazione dei più degenerati.*

L'asserto di tale necessità d'allora in poi io, convintissimo, lo portai, sostenni e difesi dovunque e comunque potetti, in società scientifiche, in congressi nazionali e internazionali (***), d'indole generale e speciale, in prolusioni, conferenze pubbliche e via, con esiti di considerazione e approvazione più o meno esplicita e benevola degli ascoltatori, o addirittura di successo.

Della mia tesi si rese sostenitore con me l'on. Enrico Ferri, il quale la portò fin in parlamento, sostenendo un vivace dibattito con l'on. Lucchini.

Un successo certamente fu quello che ottenni nel 1906 al « *Congresso Internazionale per l'assistenza degli alienati* », in Milano, alla presenza di tanti insigni scienziati, come il Marie, Tamburini, Lombroso, Morselli, Bianchi, ecc.

Dopo una lunga e dettagliata esposizione da me fatta, venuti ai voti, la numerosa assemblea consentì pienamente nel concetto fondamentale espresso nella 1.ª delle mie tre conclusioni, cioè nel riconoscere la *necessità « di doversi fare opera profilattica efficace, intesa ad impedire più ch'è possibile la procreazione di anormali »*.

Le altre due conclusioni circa la « *sterilizzazione* » con metodo operativo, come il mezzo più adatto e sicuro per conseguire lo scopo, e circa la lotta contro la tubercolosi quale « funzione dello Stato » con suggerimento che ogni trattamento salutare in favore

(***) 5.o Congresso di Antropologia Criminale, in Amsterdam; XI Congresso della « Società Freniatrica Italiana », in Ancona; ecc.

dei tubercolotici fosse preceduto o accompagnato dalla loro « sterilizzazione », furono, pei loro dettagli, rimandate agli studi e deliberazioni dell'*Istituto Internazionale per determinare e combattere le cause delle malattie mentali e della degenerazione in genere;* istituto di cui la fondazione era stata dallo stesso Congresso, nel primo giorno, decretata, a proposta del Dr. F r a n k e mia.

Fra noi qui in Napoli, più di recente trattai la questione in seno al Congresso della Società di Chirurgia, nell'ottobre 1921, più per esortare tanti illustri chirurgi a voler perfezionare i relativi metodi e processi operativi, la maggiore agevolezza e nessuna pericolosità dei quali avrà certamente peso sulla disposizione di animo della gente ad accettare tale « misura profilattica »; ed anche allora ricordo aver riscosso generale approvazione.

Questo, brevissimamente, un po' di storia dell'opera mia. Se a maggior risultato non son finora riuscito, non è stato certo nè per mia negligenza, nè per mio scemato fervore.

Molta gente, colta e pensante, posso però assicurare che, per la mia ininterrotta propaganda, della bontà della tesi da me sostenuta si è convinta. Nel 1907, il dotto Sostituto Procurator Generale G a e t a n o A m a l f i, in una lettera-relazione. resa di pubblica ragione (Potenza, 23, 11, 1909), a proposito di un grave processo riguardante una delinquente « istèrica », finiva per dire: « E qui sarebbe proprio il *casissimo della « vostra sterilizza-« zione », che aspetta solo il battesimo tedesco od americano per essere accolta e bandita ai quattro venti* ».

Delle tante lettere, a traverso la mia propaganda, giuntemi da padri di famiglia, da medici nazionali ed anche forestieri, per chiedermi maggiori dettagli di spiegazioni ed istruzioni circa la « sterilizzazione », ricorderò qui solo qualcuna. Questa, ad esempio, del D.r I a n n o t t a S i l v e s t r o, un mio antico alunno da S. Agata dei Goti (Benevento), il quale il 12, 1, 1909 così mi scriveva:

« Gentilissimo professore,

« Leggevo tanti mesi or sono un sunto d'una sua conferenza
« nella quale, per quanto ne ricordo, pare accennasse ad un certo
« suo trovato « antifecondativo », cercando in questo modo di met-
« tere un certo argine alla moltiplicazione della delinquenza: dare
« a tanti disgraziati la possibilità di far loro conoscere le gioie del
« matrimonio, ma cercare di arrestare, anzi impedire che altri in-
« felici venissero a minare la società.

« Un mio cliente, già da tanti anni afflitto da classica epilessia,
« per un suo errore di giovinezza fu costretto al matrimonio; ed
« ha già sventuratamente due figli. Questi bambini, quantunque
« sani e forti, hanno finalmente destata nel padre una grande pre-
« occupazione, e lui, giovanissimo e intelligente, è costantemente
« tormentato dalla sua colpa, risentendone tutta la gravezza.

« Ma intanto sente straordinariamente il suo sesso, e non può
« assolutamente allontanarsi da continui contatti con la moglie,
« quantunque io gli avessi proibito qualsiasi eccitamento.

« . . . . . mi son deciso rivolgermi a lei per cercare di conoscere
« qualche cosa di più dettagliato riguardo a questo suo « mezzo
« antifecondativo »: farebbe opera altamente umana e sociale. . . . .

E' stato poi nel settembre 1910 che da Londra mi perveniva la seguente lettera di E. Faulks del Comity Asilum (Bexley; Kent):

« Caro signore,

« Stiamo prendendo un grande interesse, in questo asilo, alla
« questione della *sterilizzazione* di alcuni alienati. Poichè il suo
« nome è molto eminente in tutte queste discussioni, mi prendo la
« libertà di scriverle per chiederle, in cortesia, di dirmi in quali
« libri od opuscoli sono pubblicate le sue opinioni, per poterli ac-
quistare.

« Credo che la questione sia della più alta importanza e spero

« che presto si addiverrà ad una soluzione accettata del problema
« della prevenzione della pazzia congenita e criminalità cronica.

.·.

In merito, poi, alla portata biologica della misura proposta, io non devo, innanzi a Maestri e Colleghi così illustri, a lungo indugiarmi per illustrare e dimostrare i seguenti punti:

1. Non essere da mettere in dubbio che grande e allarmante sia oggi la moltitudine — specie per le tristissime conseguenze della grande guerra — dei *deboli*, degli *avariati* per tante maniere, dei *degenerati;* per constatazione fattane da tanti attenti e autorevoli osservatori, tra cui non pochi di questa On.ma Accademia, e, per fare un nome, l'On. Sen. Leonardo Bianchi, il quale, nella sua *Relazione sulle Nevrosi e Psicosi* alla Commissione del Dopo-Guerra, dichiara « *enorme l'aumento della follia* », e specialmente « *spaventosa la cifra dei deboli di mente* ».

2. Che a riparare a tanta iattura, non basta la « *selezione naturale* », essendo questa assai lenta e riuscendo perciò insufficiente,

3. Che le tante opere odierne cosidette « *assistenziali* », pur tutte lodevoli e più o meno vantaggiose, sogliono per le più rimanere inferiori allo scopo che si propongono, per molte e gravi difficoltà inevitabili, e quindi tornare anch'esse insufficienti.

4. Che frattanto i tanti avariati (*deboli di mente, alienati di forme degenerative, delinquenti istintivi, tubercolotici, sifilitici, alcoolizzati, epilettici* e via) si riproducono, ed anche troppo, risultando essi più spesso molto o i più *prolifici,* e dando origine, com'è risaputo, ad un numero sempre crescente di individui altrettanto o maggiormente tarati.

5. Che, fino a quando esista un *vivaio* così fecondo e perenne d'individui fisicamente e psichicamente deboli e degenerati, non è a sperare che vi possa essere opera seria ed efficace di

« eugenica », ossia di rinvigorimento e rafforzamento della costituzione somato - psichica della razza e della specie.

6. Che si rende perciò necessaria una *selezione « artificiale »*, ben valida, per porre un argine, una limitazione più che sia possibile dall'aumento dell'umanità difettosa.

7. Che il mezzo più rispondente e adatto a tale scopo sia oggi da ritenere la *« sterilizzazione »* dei più deboli e più anormali, mediante la quale tutti costoro restano esclusi sicuramente dalla riproduzione; mentre, d'altra parte, a loro nulla si asporta dall'organismo, nessun organo si mutila, a ciascun di loro, uomo o donna che sia, *rispettato rimane l'essenziale funzionamento degli organi sessuali*, con possibilità di matrimonio ed ogni gaudio d'amplesso; essendo a loro soltanto *tolta ogni possibilità di procrear figliuoli*, di figliuoli, cioè, che sarebbero, per la grandissima maggioranza, più infelici e più deleteri di essi stessi.

8. Che i *metodi e processi di sterilizzazione* finoggi proposti, col perfezionamento sempre crescente della tecnica chirurgica odierna, sono da ritenere tutti di piuttosto agevole attuazione e non pericolosi per la vita degl'individui; e sono:

Per la donna:

Intervento operativo « cruento »:

Colpoceliotomia anteriore e scontinuità delle trombe uterine;

Intervento operativo « incruento »:

a) Cauterizzazione galvanica degli ostii tubarici;

b) Vaporizzazione dell'utero (Athmo - kausis di Pincus).

Per l'uomo:

Intervento operativo *cruento:*

« *Vasectomia* » degli Americani, ossia scontinuità del canale deferente, con successiva *cicatrizzazione ed ostruzione del moncone distale*, rimanendo *beante* il *moncone prossimale;* condiziona quest'ultima tanto più propizia all'individuo pel riassorbimento

dello sperma versato, con azione anche « ormonica » secondo i nuovi studi di endocrinologia.

9. Che l'applicazione di tali metodi e processi non è, riguardo alla donna, nientaffatto una pratica nuova, tanto per la chirurgia in genere, che per la ginecologia in ispecie, esserdo risaputo com'essa sia stata da parecchio tempo consigliata e praticata per donne *distociche*, *cardiache*, *nefritiche*, *tubercolotiche ecc.*, allo scopo di evitare *l'ingravidamento* che si preveda certamente o con moltissima probabilità fatale per le vita.

Che, quindi, in sostanza con la nostra proposta, non tratterebbesi che di portare una « misura di profilassi *privata* » alla importanza di « misura di profilassi *pubblica* ».

10. E' da tener ben presente che la *sterilizzazione dei più anormali* è già una misura adottata in *nove* degli Stati Uniti d'America, e che essa è presa in seria considerazione, con principio anche di attuazione, in Inghilterra e in Germania.

Per tutto ciò, io pervengo alla seguente conclusione: *vera e sostanziale « eugenica » non si potrà mai ottenere, se non previa « sterilizzazione » dell'eccessivo numero d'individui considerevolmente difettosi e degenerati di già esistenti.*

Tale proposizione ed i concetti che la precedono credo che oggi, col maggior favore d'un certo risveglio che si va verificando, debbano essere, nei modi più attivi ed efficaci possibili, assiduamente spiegati, illustrati, propagandati in mezzo alle masse, unica via per vederli scendere in mezzo ad esse come cosa viva e per vederli diventare a grado a grado coscienza e pensiero illuminato, dei molti prima, e poi di tutti.

In tal senso prego l'On. Accademia di voler emettere un voto che sia un solenne monito por la salute della nazione e dell'umanità.

Napoli, 30 marzo 1924.

BIBLIOGRAFIE

C. Lombroso — L'UOMO DELINQUENTE — *Biblioteca di Scienze moderne* N. 85. Fratelli Bocca, Editori. Torino 1924.

La signora Gina Lombroso continua nella affettuosa e lodevole missione filiale di mantenere integra la fama del genio del Padre, Cesare Lombroso, di divulgarla, di affermarla e a Giuseppe Bocca, che Le chiedeva un sunto dell' Uomo Delinquente, la poderosa opera di Cesare Lombroso, con cui creò una Scuola, rispose con una riduzione di essa, con il libro che ora appare alla luce.

Ha ragione Gina Lombroso: l'Uomo Delinquente, che nella sua ultima edizione è uscita in tre volumi e con un atlante di complessive 2000 pagine, non è di quelle opere scientifiche, di cui è possibile fare un sunto e riportare le conclusioni; Gina Lombroso ne dice bellamente le ragioni, ed ha, invece, fatto un'opera più importante riducendola, riassumendola. Ne ha quindi, e giustamente, lasciato la suddivisione in parti e capitoli: per la parte antropometrica si è giovata di un autoriassunto fatto dal Lombroso stesso nelle lezioni di Medicina legale. E poichè il libro può sembrare manchevole in alcune parti, essendo stato cominciato nel 1864, dà le spiegazioni del come nacque l'idea del libro, come lo svolse, nelle varie edizioni, Cesare Lombroso.

Data l'idea madre del diritto penale classico, che considerava il delinquente uomo normale e quindi punibile, ne veniva il problema di illuminare i giudici sulla responsabilità o no dei rei, arduo problema a quei tempi, quando sorgeva qualche dubbio sulla normalità o meno degli imputati: il Lombroso si accorse che, per discriminare in modo sicuro il reo dal pazzo, bisognava prima determinare i caratteri precisi dei pazzi e dei criminali, difficili problemi mai studiati.

E Lombroso scrive: « memore ed allievo della vera scuola italiana, di quella che mise a stemma il gran motto "provando e riprovando", io volli darmi d'attorno a vedere se potessi sostituire a quei termini vaghi ed indecisi e così presto oppugnabili di ***ragione umana,***

di *libero arbitrio*, di *passioni focose*, di *istinto prepotente*, delle espressioni più concrete, che rispondessero a fatti obiettivi, di facili e sicure constatazioni ».

Ed applicò, così, il medodo sperimentale allo studio delle anomalie della mente, dei pazzi e dei delinquenti: ne nacque l'*Uomo delinquente* e la nova scuola psichiatrica ed antropologica, la scuola positiva italiana.

E così la signora Gina Lombroso ci fa assistere allo sviluppo dell'idea madre, che fu il nucleo del volume di *L'Uomo delinquente;* lo studio sistematico dei pazzi in tutte le loro parti dell'organismo, come un oggetto di storia naturale, confrontandoli con i normali; e poi lo studio dei rei, esaminando scheletri e crani nei musei e nelle carceri, mancandogli i delinquenti vivi, e la scoperta della fossetta nel cranio del celebre Vilella, da cui indusse che i delinquenti non erano normali e neppure dei pazzi, ma degli anormali, che rappresentavano per i caratteri fisici e psichici i nostri proavi.

E indi il concetto fondamentale il quale con dati i risultati degli studi, per cui i delinquenti non sono degl'individui normali, essi non dovevano essere puniti in ragione del delitto commesso, ma in ragione della loro « pericolosità »: donde la necessità di Manicomi criminali.

Con l'estensione degli studi all'estero nacquero e si svolsero la *Nuova Scuola di diritto penale*, imperniata sul concetto dell'anomalia del delinquente e della sua pericolosità; e l'*Antropologia criminale*, che ricerca le prove dell'anomalia del delinquente.

Alle obbiezioni di maggior valore, e alle quali il Lombroso non potè opporre che delle induzioni, risponde la Gina Lombroso riassumendo in una appendice le recenti ricerche endocrinologiche, specialmente quelle del Vidoni e del Landogna-Cassone, che hanno portato un forte contributo allo studio del delinquente.

Io non esamino dettagliatamente la riduzione, che la devota Figlia ha fatto dell' Uomo delinquente, sarebbe un'opera inutile, essendo l'opera così universalmente nota, ma ho creduto di ripetere i concetti della prefazione: « Come e perchè fu scritto l'Uomo delinquente » per far conoscere quello che la signora Gina Lombroso chiama la genesi e la traiettoria dell'*Uomo delinquente;* e come questa riduzione riempirà il vuoto che intercedeva fra l'ultima edizione del libro esaurita, e la nuova, che

noi speriamo non tardi ad uscire, data la ben nota devozione dei Fratelli Bocca, verso cui vanno le benemerenze degli studiosi, perchè, con la loro opera mantengono viva la fiaccola della Scienza, e di quella che fu una delle glorie maggiori dell'Italia del secolo scorso.

S. Tomasini

Enrico Morselli — IL NERVOSISMO NELLA SCUOLA — Casa editrice «Problemi moderni» S. Lattes e C. Ed., Torino - Genova 1923.

E' una fortuna quando gli uomini geniali, allontanandosi dalle alte vette degli studi prediletti, della scienza professata, imprendono a trattare argomenti pratici di propagauda, perchè vi lasciano l'impronta della loro estesa dottrina, vi imprimono il segno della loro personalità. Così per il nuovo libriccino «Il Nervosismo nella Scuola», Enrico Morselli ha seguito le tracce luminose di Paolo Mantegazza, di Mosso, di altri. Ed oggi che l'Igiene e la Previdenza hanno preso uno sviluppo, un incremento notevole fra le branche della Medicina, che Guido Baccelli chiamò politica, è da augurarsi che a questo libriccino dt propaganda, specie per i genitori e per i maestri, dettato dal Maestro dell'Università di Genova, per la Biblioteca «Problemi moderni» dei proff. M. Kobvlinsky e G. Vidoni, ne seguano altri di simil natura.

Date le condizioni sociali moderne, dato il dinamismo, forse eccessivo, della vita contemporanea è un problema assillante oggi, ed anche preoccupante per l'avvenire, quello della nervosità tra i fanciulli e gli adolescenti: tutti se ne son accorti, tutti ne lamentano le manifestazioni precoci e intense dai genitori ai maestri, per non citare i medici; tutti ne reclamano provvedimenti e rimedi, temendone le conseguenze.

La nervosità nei fanciulli e negli adolescenti ha evidenti ed intimi rapporti con la Scuola, rapporti di causalità e di interdipendenza.

Si é accusata la Scuola di molti difetti e ne ha: ma in verità essa

non è colpevole di creare questo stato di nervosità, quelle neuropatie, di cui si lamenta tanto il progredire: Mórselli dice giustamente, che ha il grave torto di non preoccuparsene. Io credo anche che se ne occupi poco o niente: ora è bene accennare subito che la colpa di questo indifferentismo non è dovuto ai Maestri, dai quali oggi, specialmente, si pretende molto.

Chi scriverà, oggi, domani, un capitolo per dimostrare di quanto danno, specie per l'aumentata nervosità, siano state causa le leggi di trasformazione rapida improvvisa della scuola, completate dal ministro Gentile?

Leggi che hanno travolte, più che modificate, le basi dell' insegnamento, modificati i metodi di studio, cambiati i modi di esame; trasformata completamente la scuola, dagli studi elementari a quelli superiori, e per cui maestri e scolari hanno perduto il punto di orientamento acquisito con i precedenti studi pedagogici, con la pratica dell'insegnamento, certamente con grave danno della salute psichica degli scolari.

Questo importante studio del Morselli è stato letto come conferenza al Congresso per l' Igiene scolastica, radunato in Genova nell'aprile 1922, ma in quell'epoca le leggi scolastiche Gentile non erano state iniziate e tanto meno attuate: sarebbe un nuovo capitolo di studi comparativi da aggiungere a quelli, che compongono il bel libro del Morselli: i probabili danni somato - psichici prodotti dalle modificazioni di una legge, riprovata in gran parte, ma lodata anche da molti, da quelli che vi videro, nelle modificaaioni introdotte, i risultati di nuove vedute più o meno personali.

Studio questo che la mente geniale di Enrico Morselli può aggiungere ad una nuova edizione del suo libro, tanto importante per i maestri, i quali si debbono necessariamente preoccupare delle probabili manifestazioni psichiche, che la scuola puù provocare.

S. Tomasini

RECENSIONI

Giornali italiani.

Buscaino V. M. — I DATI PIU' RECENTI (1920 - 1923) D' ISTOLOGIA PATOLOGICA DEL SISTEMA NERVOSO DEI DEMENTI PRECOCI — *Rassegna di studii psichiatrici* Vol. XIII fasc. 3 - 4 maggio - agosto 1924. Siena.

L'A. riunisce in una rivista sintetico - critica i dati più recenti d'istologia patologica del sistema nervoso nei dementi precoci, facendo largo posto al proprio valido contributo, confermando le realtà patologica premortale delle « zolle di disintegrazione a grappolo » e riaffermando il concetto che la demenza precoce debba essere considerata come una malattia esogena (rispetto al sistema nervoso) dovuta alla presenza in circolo di particolari ammine abnormi (in ispecie composti d' istamina), senza escludere però una certa predisposizione del sistema nervoso.

Non sapremmo meglio riepilogare il lavoro già sintetico del Buscaino, se non riportando per intero le conclusioni:

1. In alcuni casi di demenza precoce segni d'anomala evoluzione del sistema nervoso sono stati accertati anatomicamente.

2. La demenza schizofrenica s'accompagna a lesioni di natura degenerativa del tessuto nervoso propriamente detto, anche nei casi non venuti a morte per malattie infettive intercorrenti: non a fatti infiammatorii delle meningi e dei vasi.

3. Le alterazioni in genere delle cellule nervose, caratterizzate spesso dalla *formazione di vacuoli* nel protoplasma, oltre che diffuse, sono frequentissimamente *a focolaio.*

La glia, nella corteccia e al di fuori di questa, partecipa attivamente al processo morboso, con fatti reattivi *a focolaio:* con alterazioni particolari dei nuclei (ipertrofia e deformazione).

Focolai d'alterazioni (« zolle di disintegrazione a grappolo » e formazione affini: stato cribroso, stato lacunare, ecc.) sono presenti anche nelle *vie nervose* e nei gangli della base.

Numerosi *focolai* d'alterazione esistono, dunque, nella corteccia cerebrale, *nelle vie nervose*, nei centri estracorticali. L'encefalo dei dementi precoci risulta, così, minutamente *punteggiato* da una folla di *focolai* morbosi microscopici.

4. Il lobo in genere più leso è il frontale.

Lo strato più frequentemente affetto il terzo.

5. Nei casi con allucinazioni acustiche risulta a preferenza lesa la corteccia temporale.

Nei casi di demenza precoce catatonica sono a preferenza lesi il paleo e neostriato, il mesencefalo, il nucleo dentato del cervelletto, l'oliva bulbare e le vie corrispondenti.

6. Dal punto di vista istologico (lesioni *a focolaio;* preponderanza delle alterazioni delle cellule nervose nel terzo strato; degenerazione vacuolare del protoplasma delle cellule nervose) *la demenza schizofrenica si comporta come una sindrome a genesi esogena* (1).

7. La presenza d'un gran numero di « focolai » patologici, disseminati nella corteccia, nelle vie nervose, nei gangli della base, ci dà abbastanza ragione della natura « dissociativa » dei sintomi dei dementi precoci

8. La partecipazione alle lesioni dei centri estrapiramidali ci spiega la sintomatologia « catatonica » d'alcune forme di demenza precoce.

I detti sintomi catatonici sono d'origine psichica, non derivano da « complessi » che annaspano nell' incosciente, ma traggono la loro origine dalla partecipazione al processo morboso tossico dei centri d' innervazione tonica.

C. Ventra

Buscaino V. M. — NUOVI DATI SULLA GENESI PATOLOGICA DELLE ZOLLE DI DISINTEGRAZIONE A GRAPPOLO (Reperti in un caso di demenza precoce catatonica) — *Rivista di patologia nervosa e mentale*, Vol. XXIX fasc. 3 - 4 pag. 93.

La presenza nell'encefalo di dementi precoci di speciali lesioni disseminate descritte dal Buscaino col nome di « zolle di disintegra-

(1) Esogena rispetto all'encefalo.

zione a grappolo » è stata da diversi ricercatori confermata; ma tali zolle non sono state da tutti ritenute come espressioni istologiche di natura morbosa.

Nelle diverse obbiezioni mossegli, l'A. risponde caso per caso sperimentalmente; egli può provare così: che le zolle non derivano da alterazioni post - mortali del tessuto nervoso; che l'azione della formalina non entra affatto nella genesi delle zolle: che queste sono reperibili indipendentemente dall'azione dell'alcool; che esse non dipendono da formazione di precipitati molibdici, come qualcuno crede, mal comprendendo il metodo usato dall'A.

Questi documenta, ancora, con una serie di fatti, la genuinità delle zolle. Tali fatti sono: esistenza nei tessuti nervosi di lacune, piene di sostanza simile a quella di cui si compongono le zolle, contenenti delicatissime fibrille connettivali; alone di addensamento nei tessuti circostanti alle zolle (fenomeno di compressione); rapporti intimi e netti delle zolle coi vasi; presenza di queste lesioni nelle vie nervose e nei centri vegeto - emotivi (gangli della base, mesencefalo) nella demenza precoce, malattia eminentemente dissociativa; possibilità di provocare sperimentalmente in animali tali lesioni e provocarle di differenti tipi; partecipazione alla lesione di altri elementi nervosi: cellule, cilindrassi nelle immediate vicinanze delle zolle; spiccata argentofilia degli elementi cellulari.

Ribadisce il concetto suo che le zolle siano prodotte da speciali sostanze tossiche di natura basica, ammine abnormi, esistenti in circolo nei dementi precoci e dimostrabili con apposite ricerche.

Descrive quattro tipi di lesioni disseminate delle vie nervose e dei centri sottocorticali: « zolle di disintegrazione a grappolo tipiche », « zolle di alterazione istochimica del tessuto nervoso », « zollette cribrogene », « chiazze mieliniche », dimostrabili in sezioni di sistema ciascun tipo nervoso non trattato con liquidi alcoolici. Illustra e riporta poi il relativo metodo di preparazione istologica.

Studia infine la distribuzione di queste lesioni in un nuovo caso di demenza precoce catatonica, ed ottiene così reperti positivi, più o meno numerosi, nelle seguenti regioni dell'asse cerebrospinale: corteccia

frontale, sostanza bianca delle circonvoluzioni frontali e parietali, insula, braccio posteriore della capsula interna, talamo ottico, terzo posteriore del globo pallido, testa del nucleo caudato, putamen, antimuro, capsula estrema, nucleo rosso, lemnisco laterale, substantia nigra, piede del peduncolo, sostanza grigia del tubercolo quadrigemino anteriore, nucleo bianco, nucleo dentato, sostanza infranucleare del peduncolo cerebellare, braccio congiuntivo, lemnisco del ponte, lemnisco del bulbo, oliva, rafe.

L. Grimaldi

Buscaino V. M. — COMPONENTI NEUROLOGICI DELLA DEMENZA PRECOCE CATATONICA — *Quaderni di Psichiatria.* Anno XI. 1924.

Comunicazione fatta al VI. Congresso della Società neurologica italiana, tenuto in Napoli dal 5 al 8 Novembre 1923.

L'A. dopo aver riepilogato le più moderne conoscenze di fisiologia circa la innervazione *tonica* e *dinamica* dei muscoli, afferma che nei dementi precoci catatonici esistono disturbi dell'innervazione *tonica* dei muscoli striati, di origine apsichica. Tali disturbi sono dovuti alla partecipazione di lesioni dei centri motori estrapiramidali (paleo, neostriato, nucleo rosso, nucleo dentato, principalmente) dimostrabili in vita da ricerche sperimentali, tra cui la positività del riflesso di Schrjiver e Bernhard (flessione plantare delle 4 ultime dita del piede, provocata da stimolo percussorio applicato specialmente sulla tibia), e le prove con la pilocarpina. Dette lesioni sono anche prodotte dalle ammine abnormi, che ledono tutto il sistema nervoso dei dementi precoci, e in parte determinano direttamente alcuni sintomi motorii dei catatonici, in parte dànno il «tema» extrapsichico che, elaborato abnormemente dalla mente dissociata degli schizofrenici, dà luogo a determinate altre situazioni abnormi di movimento.

C. Ventra.

Tambroni R. e Padovani E. Contributo allo studio della microcefalia vera familiare — *Ospedale Provinciale di Ferrara*, 1924.

Gli AA. descrivono due casi di microcefalia vera in due bambini di 8 e di 9 anni, fratello e sorella, figli a genitori intellettivamente e sentimentalmente anomali. La bambina presenta un alto grado di microcefalia, però è abbastanza evoluta mentalmente. Ha una percezione pronta, l'attenzione vivace, la facoltà volitiva bene sviluppata, una certa capacità di critica, l'affettività molto sviluppata fino alla manifestazione di sentimenti di umanità e di pietà, il linguaggio parlato abbastanza evoluto.

Il fratellino invece presenta tutte queste funzioni allo stato rudimentale, in correlazione con un più alto grado di microcefalia.

L'interesse di questi due casi clinici è dovuto al loro rapporto di parentela, e rende noto un altro esemplare importante di questa forma rara di microcefalia familiare.

Come probabile dato etiologico gli AA. hanno assodato l'esistenza certa dell'alcoolismo e quella probabile della sifilide nei due casi da loro descritti.

C. Ventra

Bertolini F. — Contributo alla esplorazione, mediante la pilocarpina, delle alterazioni latenti del sistema nervoso — *Note e riviste di Psichiatria*. Vol. XII N. 1. Gennaio - Aprile 1924.

L'A. ha saggiato l'azione della pilocarpina, alla dose di 1 — 1,50 centigr., sul polso, sul respiro, sulla salivazione, sulla sudorazione, sui riflessi superficiali e profondi, sui fenomeni motorii, sul tono muscolare, sulla sensibilità e sui fenomeni psichici, in malati con lesioni gravi dell'asse cerebro - spinale, ed in malati affetti da psicopatie diverse, giungendo alle seguenti conclusioni:

Nei malati con lesioni organiche, anche minime, dell'asse cerebro-spinale, la pilocarpina, oltre ai fenomeni generali noti, esercita un'azione convulsivante, che si traduce con una maggiore o minore esagerazione dei riflessi profondi e con movimenti involontarii (atetosici,, tremori, scosse).

In certi malati di mente e in particolare modo nei dementi precoci catatonici, quest'azione si manifesta con la comparsa di:

a) tremori di intensità e localizzazione variabili per ciascun soggetto;

b) una esaltazione costante dei riflessi profondi;

c) una frequente asimmetria degli uni e degli altri.

Tali modificazioni patologiche stanno ad indicare con tutta probabilità che la pilocarpina esplica un'azione diretta prevalentemente sui centri nervosi che presiedono alla regolazione della funzione tonica: questa sua azione è tanto più manifesta, quanto più debole è l'azione inibitrice esercitata dalla corteccia.

C. Ventra

Giornali esteri.

M. Buscaino — RECHERCHES SUR L'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE ET LA PATHOGENIE DE LA DÉMENCE PRÉCOCE, DE L'AMENTIA, ET DES SYNDROMES EXTQAPIRAMIDAUX — *L'Encéphale*. Maggio 1924.

Con le sue recenti ricerche sulla demenza precoce e con quelle, portate sull'amenza e su parecchie sindromi extrapiramidali, l'A. ha potuto dimostrare lesioni istologiche caratteristiche così delle cellule nervose: omogeneizzazione totale protoplasmatica, e nucleare, come delle cellule nevrogliche: aumento di volume dei nuclei, deformazioni accentuate dei contorni nucleari in distretti ben determinati, nuclei di forme speciali, e mettere in luce nella sostanza grigia sottocorticale e nelle vie nervose la esistenza di speciali strutture patologiche: le cosidette « zolle di disintegrazione a grappolo ».

Questi focolai degenerativi disseminati nelle vie nervose e nella

sostanza grigia delle zone vegeto - emotive, i quali determinano disturbi a carico così della funzionalità di detti centri, che della conduzione nervosa, costituiscono secondo l'A. , con molta probabilità, le cause delle « dissociazioni del meccanismo intelletto - affettivo, caratteristiche nella vita psichica dei dementi precoci ».

Così i fenomeni di catatonia, catalessia, negativismo, stereotipia ecc. possono ben essere spiegati con le alterazioni istologiche scoperte sia nei dementi precoci che in alcuni casi di Parkinson post - encefalitico nel paleostriato, nel neostriato, nel nucleo dentato, nel nucleo rosso.

La presenza, poi, in circolo in questi ammalati, specialmente nei dementi precoci, di sostanze tossiche speciali, ammine anormali, messe in evidenza dal Buscaino con metodo originale, ed i rapporti che stanno fra essa ed i reperti di zolle di disintegrazione a grappolo, come egli ha potuto spirimentalmente provare in animali, lo autorizzano a formulare la seguente ipotesi:

L'amenza, la demenza precoce e le sindromi extrapiramidali post e non post - encefalitiche sono delle affezioni tossiche del sistema nervoso dovute alla presenza, nella circolazione, di ammine speciali anormali, che si possono facilmente dimostrare con la prova al nitrato d'argento.

Queste ammine sono di origine extracorticali.

Esse provengono in prima linea dall' intestino tenue, o si formano, molto probabilmente, sotto l' influenza acuta o cronica (sepsi lenta) di microrganismi speciali, differenti da quelli della tubercolosi.

L. Grimaldi

T. D. Friedmann — A CASE OF CHRONIC INTERNAL HIDROCEPHALUS DUE TO BLOCKING OF THE ACQUEDUCT OF SYLVIUS — *The Journal of Nervous ad Mental Disease* — Vol. 59, N. 5, Maggio 1924.

L'A. illustra un caso di idrocefalo interno cronico dovuto ad occlusione dell'Acquedotto di Silvio.

Esposta la letteratura sull'argomento descrive il caso clinico nella

persona di una giovanetta di 22 anni. Anamnesi familiare negativa. Parto fisiologico. Sviluppo normale fino all'età di due anni, epoca in cui la p. cominciò ad andar soggetta ad attacchi intercorrenti di febbre cerebrale con coma e paralisi, più marcata al lato sinistro, a decorso acuto durante due settimane circa e seguiti da ottundimento psichico ed impossibilità di parlare. Questo stato durò circa tre anni. Ad 8 anni soffrì di febbre tifoide con attacchi convulsivi. Frequentò per qualche tempo le scuole. Più tardi presentò disfunzione mestruale e temporanee amenorree. Negli ultimi tre anni ebbe cefalea intensa, non seguita da vomito, dolore nella regione dorsale del collo, negli occhi, vertigini.

Esame obbiettivo — Faccia ispida, testa alquanto grossa, addome piuttosto obeso, deformità congenita del 4.° dito di ambo i piedi, trepidazione generale e difficoltà nella stazione eretta, fenomeno di Romberg positivo, lievi movimenti nistagmoidi, debolezza del retto esterno più marcata a destra, lieve paresi della faccia sinistra, debole innervazione del palato, tremore grossolano delle mani, della lingua, evidente atassia più spiccata agli arti inferiori, adiadococinesia più marcata a sinistra, riflessi profondi esagerati, Babinski positivo in ambo i lati, andatura spastico-atassica, polsi 96-120, respiro 20-24, pressione arteriosa 140—90, reazione di W. negativa, esame delle urine normale.

Due giorni dopo la sua ammissione in ospedale la inferma colta da repentina debolezza decedeva per paralisi respiratoria.

Diagnosi incerta variante da sclerosi diffusa atipica a neoplasma cerebellare con sintomi secondari di lesioni pituitarie.

Autopsia — La dura meninge era fortemente assottigliata per evidente aumento della pressione endocranica, ed in alcuni posti ridotta ad una membranella sottile e trasparente. Le circonvoluzioni si mostravano spianate, ed il cervello notevolmente diminuito in consistenza. Asportati i lobi frontali, si rendeva evidente una larga cisti situata nello spazio interpeduncolare ed occupante la larga ed erosa sella turcica. Questa cisti, che conteneva un liquido cristallino chiaro, formava un'ampia ernia nel fondo del 3. ventricolo. La glandula pituitaria era alquanto compressa; il chiasma ottico assottigliato ed aderente alla cisti. Il ponte ed il midollo si mostravano in stato di compressione. Alla sezione del

cervello i ventricoli laterali, il 3. ventricolo e la porzione anteriore dell'acquedotto di Silvio apparivano fortemente dilatati. L'acquedotto di Silvio era interrotto posteriormente da una spessa membrana, dietro la quale una piccola massa solida situata al fondo del 4. ventricolo, subito dietro l'apertura dell'acquedotto di Silvio, ostruiva completamente la comunicazione fra questo e quello.

Esame microscopico — Sezioni di piccole masse di tessuto nervoso mostravano proliferazione neuroglica con numerose e minute cisti ependimali. In qualcuna di queste cisti la membrana cellulare era esfoliata.

L'A. afferma che questo reperto post - mortem è stato una vera sorpresa.

La combinazione dei sintomi piramidali con i cerebellari autorizzavano, con la più grande probabilità, la diagnosi di sclerosi multipla e meno quella di tumore cerebellare. L'aumento della pressione endocranica poco evidente, a parte la cefalea, l'assenza di bradicardia e del vomito, erano spiegabili, da una parte, col lento aumento del liquido endocranico fin dall' infanzia e, dall'altra, con un adattamento da parte della paziente.

I sintomi piramidali erano dovuti all' idrocefalo, come anche le manifestazioni cerebellari, che comunemente non sogliono mancare in tali condizioni.

I disturbi pituitarii erano determinati dalla profonda ernia nel 3. ventricolo e dalla conseguente pressione sull' ipofisi.

La morte improvvisa, poi, poteva ben essere attribuita a compressione del tuber cinereum, come hanno recentemente dimostrato Bailey e Bremer con difficili e riuscite ricerche sperimentali.

L. Grimaldi

R. M. Stewart — GENERAL PARALYSIS ITS UNSOLVED PROBLEMS — *The journal of Mental Science* — Vol. IXX fas. 1924.

L'A. nei riguardi della eziologia e patogenesi della paralisi progressiva si pone l'esame di due quesiti che ritiene di sommo interesse e sui quali in questi ultimi anni si è molto discusso:

a) il tessuto nervoso dopo quanto tempo dal contagio luetico è invaso dell'agente patogeno della sifilide?

b) la sifilide nervosa è manifestazione morbosa di una varietà di spirocheta pallida o dello stesso che determina la sifilide comune? In altri termini esistono le due descritte varietà di spirocheta, quello a virus neurotropo e quello a virus dermotropo?

Egli espone i risultati principali dei numerosi dibattiti e delle ricerche originali su questi argomenti.

Nella totalità dei sifilitici, si riscontrano alterazioni del tessuto nervoso e del liquor nel 30 - 40 o|o dei casi;

le vie di invasione dello spirocheta per alcuni autori sono quelle dei vasi sanguigni, per altri, fra cui lo Stewart, i linfatici;

il tempo d'invasione, dall'infezione all'atto delle prime manifestazioni morbose a carico dei centri nervosi, le quali possono essere classificate in gruppi di determinate forme cliniche, può fissarsi nella media di un anno;

le suggestive ricerche di Levaditi e Marie nel 1917 autorizzano ad ammettere la esistenza di una varietà di spirocheta a virus neurotropo che determina la paralisi generale, e di una a virus dermotropo che è quello della sifilide comune cutanea mucosa e viscerale;

studi di altri patologi attribuiscono a speciali condizioni del tessuto nervoso la origine dello sviluppo della paralisi progressiva.

L'A. nel parlare degli esperimenti di Levaditi e Marie finisce col dire che da questi stessi autori non è stato dimostrato se il virus neurotropo sia prodotto da uno spirocheta di natura diversa, o se, per progressivo adattamento, si formi nel sistema nervoso stesso.

Mi si consenta di dire che Levaditi e Marie ciò appunto hanno creduto dimostrare pienamente, perchè la serie di ricerche sperimentali da loro eseguite, a prova del proprio assunto, li conducono a questa conclusione « *il treponema della paralisi generale* deve essere considerato come una *varietà differente dallo spirocheta della sifilide cutanea mucosa e viscerale* », ed a chiudere il loro lavoro con queste parole:

« Questa varietà di treponema ad attitudine neurotropa, non volendo con ciò dire che essa sia incapace del tutto di fissarsi su l'ectoderma o su certi visceri, non tarda a trasformarsi in un'altra la cui affinità pel cervello e pel midollo diviene sempre più forte a misura che i germi

vivono e pullulano nella sostanza cerebrospinale; ed è precisamente *questa forma terminale* che abbiamo *individuata* ed *adoperata* nelle nostre esperienze comparative ».

Inoltre l'A. attribuisce a patologi americani l' ipotesi che la ragione della paralisi progressiva debba ricercarsi, piuttosto, nel meccanismo di reazione dei tessuti nervosi di fronte al germe della sifilide.

Ed anche qui occorre che io dica che fu proprio il Sicard, nella sua splendida difesa del concetto unitario della forma spirochetica, dinanzi alla Società di Neurologia di Parigi nella seduta del 9 - 10 luglio 1920, ad annunciare tale ipotesi : egli diceva . . . . , « questi rilievi sono esatti, ma anzichè ritenerli come *fenomeni di tropismo* nel senso che la dottrina vuole, possono essere meglio spiegati come *fenomeni di sensibilizzazione* (di reazione) dovuti cioè alle proprietà sensibilizzatrici dei tessuti.

L'A. conclude osservando che dopo tutto nella patologia della paralisi progressiva vi sono ancora problemi insolubili.

Questa osservazione è giusta ed è degna del maggiore interesse, perché rappresenta un' altra prova della importanza che va assumendo il concetto, partito da pochi e battaglieri dissidenti, che per la eziologia e la patogenesi della paralisi generale si batte una falsa strada.

L. Grimaldi

I. T. Borda e A. Ameghino — EXAMEN ANATOMOPATOLOGICO DE UN CASO DE PARALISIS GENERAL TARDIA — *Revista de criminologia e psiquiatria y medicina legal* — Buenos - Aires Mar. April. 1024 A. XI. N. 62 pag. 172.

Gli AA. illustrano un interessante caso di paralisi progressiva in un vecchio di 63 anni, che negava la infezione sifilitica, la cui esistenza, d'altronde, non fu possibile dimostrare nè con l' indagine clinica nè con tutte le prove biochimiche, che dettero risultati negativi.

All'esame clinico si raccolsero tutti i sintomi somatici e psichici caratteristici della demenza paralitica, svolgentisi secondo la ordinaria

evoluzione; il decorso della intermità, in cui s'impose, fin dall'inizio, la rapida decadenza mentale e fisica, fu interrotto da un attacco di congestione cerebrale.

All'autopsia fu trovato: congestione cerebrale, leggero grado di leptomeningite della convessità, leggera atrofia del polo frontale, apparenza normale dei vasi basilari, e dilatazione di medio grado dei ventricoli laterali specialmente verso il polo anteriore.

All'esame istologico, poi, eseguito sulle regioni frontali, centrali e temporali del cervello e sul cervelletto, fu possibile mettere in evidenza le seguenti lesioni: infiltrazione linfocitica dello spazio subaracnoideo, con presenza, di tratto in tratto, di cellule plasmatiche; irregolarità di disposizione degli elementi nervosi corticali, che presentavano evidente atrofia del corpo cellulare, anormale affinità per le colorazioni speciali; processo di rarefazione molto evidente sòpratuttò nelle cellule piramidali giganti, con perdita quasi completa delle granulazioni protoplasmatiche e con ectopia nucleare; infiltrazioni di linfociti, contenenti in parte cellule plasmatiche, nelle pareti dei vasi corticali; distruzione, atrofia ed ipercolorazione di molte cellule di Purkinje e, dovunque, cospicua gliosi con aumento notevole dei nuclei, che appariscono ammassati, a preferenza, intorno alle cellule nervose.

Tali lesioni, in verità, sono quelle che comunemente possono trovarsi in tutte le forme demenziali croniche, ma esaminando i fatti ponderatamente, esse acquistano, senza difficoltà alcuna nel giudizio, carattere specifico.

Poichè la mancanza assoluta di arteriosclerosi dei vasi grossi e medii, e la degenerazione fibrocellulare dei capillari tendono ad escludere la demenza senile, la infiltrazione di linfociti indica il carattere esclusivamente paralitico delle altre lesioni demenziali generiche.

Siamo dunque in presenza di un caso di paralisi progressiva tardiva: tale la diagnosi, tale la prova anatomopatologica; di un altro di quei casi, oggi frequenti a riscontrare nella letteratura, nei quali la natura sifilitica del processo, per l'esito negativo dell'esame clinico e delle prove di chimica applicata è di discutibile esistenza.

L. Grimaldi

Ciampi L. y Amegliuco A. — El turno de la histamina en la patogenia de la demencia precoz — *Revista de criminologia, psiquiatria y medicina - legal.* Anno XI N. 61 gennaio - febbraio 1924, Buenos Aires.

Gli AA. esaminano e criticano ampiamente i concetti dell' Holmes e del Buscaino, secondo i quali la demenza precoce sarebbe originata da lesioni istaminiche, e concludono che le loro ipotesi sono per ora fondate sopra un cammino induttivo e ideale, e che la presenza dell'istamina nei dementi precoci debba ritenersi come un disturbo coincidente del ricambio generale, e non già come la causa efficiente della malattia.

C. Ventra

NOTIZIE

Nel nostro Manicomio

Per la dimissione del Prof. Marco Levi Bianchini, nominato Direttore del Manicomio di Teramo, al posto di Medico primario è stato dal R. Commissario nominato il Dott. Raffaele Vitolo. Congratulazioni all'egregio collega.

* * *

In seguito a concorso per titoli è stato nominato Medico ordinario, il primo nella gratuatoria, dott. Lelio Grimaldi.

Congratulazioni al valoroso giovine, che principia la sua carriera nello stesso Manicomio in cui l' iniziò il padre.

Il Concorso a Direttore del Manicomio di Napoli

Per le dimissioni, dovute alla nuova legge universitaria, del Prof. Cesare Colucci, nel gennaio u. s. fu bandito il Concorso a Direttore del Manicomio di Napoli, concorso che, dato il lungo tempo trascorso, avrebbe dovuto essere espletato. Oggi in seguito a dissensi sorti nella Commissione esaminatrice, composta dal rappresentante la Provincia Comm. Angrisani, Presidente, e dai Professori D'Abundo della R. Università di Napoli, e Saporito direttore del Manicomio giudiziario di Aversa, si sono avute le discussioni del primo, e poscia l'annullamento del Concorso per parte del Consiglio provinciale nella seduta del 14 luglio c. m.

Nuovo Ospedale manicomiale in Milano

L'Astanteria di via Lamarmora in Milano ha cessato di funzionare quale ricovero dei dementi il 5 maggio u. s.

In suo luogo funzionerà un nuovo Istituto Ospedaliero provinciale

sorto per iniziativa della Deputazione Provinciale, nel palazzo dell'Ospedale maggiore. Alla cerimonia dell'inaugurazione intervennero le Autorità comunali e provinciali, oltre il prof. Antonini, Direttore del Manicomio.

Il Comm. Fabbri, Presidente della Deputazione Provinciale, spiegò gli scopi del nuovo Ospedale Manicomiale. Disse come l'Amministrazione della Provincia aveva creduto di concludere un accordo con quella degli Istituti ospedalieri e fondare, oltre che un nuovo e più appropriato luogo di ricovero immediato per le forme o le sospette forme di malattia mentale, un vero e proprio nuovo comparto ospitaliero. I nuovi locali hanno la potenzialità di sessanta letti oltre ai servizi sussidiari e saranno sotto la direzione di medici del Manicomio.

Oltre che per l'accettazione, per Milano, di malati di forme mentali il nuovo reparto dell'Ospedale Maggiore, servirà anche di luogo di smistamento e di ricovero per la durata di non oltre un mese, dopo il quale il degente sarà o dimesso o internato al Manicomio di Mombello.

Noi non possiamo che congratularci con l'esimio Direttore del Manicomio di Milano, con i dirigenti dell'Ospedale Maggiore e con la Provincia di seguire così praticamenti i dettami del progresso della Psichiatria.

Per una più efficace organizzazione della tutela prenatale in Italia.

Sotto gli auspici dell'Istituto di Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale l'illustre Prof. Emilio Alfieri, Preside della Facoltà Medico-Chirurgica di Pavia, ha tenuto nella grande sala delle riunioni dell'Istituto in Roma, una serie di tre conferenze sulla puericultura, che hanno destato il più vivo interesse.

Alla conferenza inaugurale del giorno 18 giugno, presieduta dallo illustre Senatore Prof. Pestalozza, erano presenti: il Comm. Massone, per la Direzione Generale di Sanità Pubblica; i rappresentanti della Direzione Generale di Sanità Militare e dell'Ispettorato Generale di Sanità Marittima; il Prof. Pecori, Ufficiale Sanitario, per il Comune di Roma; il Prof. Rossi-Doria; il Prof, Spolverini, della Clinica Pedia-

trica di Pavia; l'on. Perna; il Prof. Caifami, della R. Università di Siena; il Prof. Cova, della R. Università di Palermo; i Proff. Modigliani, Micheli, Bompiani, Signorelli, Artom di Sant'Agnese; la Marchesa Irene di Targiani - Giunti; S. E. Donna Margherita Giardino, S. E. la Duchessa Di Cesarò, Donna Maria Zoccoletti; la Contessa di Robilant; Donna Enrichetta Chiaraviglio Giolitti; la Contessa Nora Balzani; Donna Bona Luzzatto; Donna Maria De Luca Theodoli; la Dott.ssa Sandeski; la signora Alice Schiavoni - Bosio, Presidente del Consiglio Italiano della Federazione Abolizionistica Internazionale; la Contessa Giorgio Ponzio Vaglia, del Consiglio Nazionale delle donne Italiane; la Signora Magliocchetti - Mengarini, la signorina Leonesi, Direttrice della scuola Assistenti Sanitarie, con un gruppo numeroso di allieve, molte infermiere e levatrici e le Direttrici di Istituti Scolastici Femminili, invitati dal Ministero dell'Istruzione, nonchè numerosi alti Funzionari della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, invitati ad assistere a tale adunanza da S. E. l'On. Senatore da Como, Presidente della Cassa.

Il Prof. Levi ha dato il benvenuto all'illustre oratore, a nome dell'Istituto da lui presieduto e della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali ed ha messo in evidenza le attività già svolte dalla Cassa per la protezione della Maternità, esprimendo la sua sicura fede che tale nobile azione non mancherà in avvenire di dare sempre più larghi risultati; ha dato quindi lettura di una notevole lettera di S. E. l'On. Senatore Da Como, in cui l'illustre Presidente della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali afferma il proprio interessamento a questo fondamentale problema esprimendo nello stesso tempo il Suo più vivo desiderio che gli alti Funzionari della Cassa Maternità seguano questo importante corso.

Ci limitiamo a dare i titoli delle tre importantissime lezioni:

1. — Necessità sociale ed economica della puericultura prenatale.

2. — La puericultura prenatale e la donna.

3. — Provvidenze private e pubbliche per la puericultura prenatale.

Tutte e tre le splendide conferenze del Prof. Alfieri sono state seguite col più vivo e sostenuto interesse dal numeroso e scelto pubblico.

In una visita fatta dal Prof. Alfieri e dal Direttore dell' Istituto di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale, Prof. Ettore Levi, a S. E. l'On. Senatore Da Como per ringraziarlo della cortese ospitalità, l'Illustre Presidente ha direttamente domandato che gli venissero fatte delle richieste pratiche sull'attività che la Cassa potrà svolgere in rapporto alla tutela della Maternità. Tali richieste saranno studiate d'accordo tra il Senatore Pestalozza, il Prof. Alfieri e il Prof. Levi e da questi verranno presentate all' illustre Presidente della Cassa.

Commissione Centrale Medico - consultiva della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali

Il Comitato Esecutivo della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, nell' intendimento di organizzare compiutamente il servizio medico, ed in modo speciale di iniziare il programma di prevenzione e cura delle invalidità, che la legge affida alla Cassa, ha deliberato di costituire una Commissione Centrale Medico - consultiva.

Sono stati chiamati a far parte di tale Commissione:

Il Prof. Cesare Biondi; il Prof. Ettore Levi; il Prof. Giovanni Lariga; il Prof. Gustavo Pisenti e il Dott. Cesare Giannini, che fungerà anche da Segretario.

Libri ed Opuscoli pervenuti in dono (*)

Georges Guillain — Etude Neurologiques — Masson et C.ie Edit. Paris 1923.

Henri Damaye — Éléments de Neuro - Psychiatrie — Clinique Terapeutique. Questions Sociologiques — Paris 1923.

Cesare Lombroso — L'Uomo delinquente in rapporto all'Antropologia, alla Giurisprudenza ed alle discipline carcerarie. Riduzione di Gina Lombroso — Biblioteca di Scienze Moderne N. 85. — Fratelli Bocca, Editori. Torino 1924.

Enrico Morselli — Il Nervosismo nella scuola. Casa editrice «Problemi Moderni» — S. Lattes e C. Editori, Genova 1923.

L. Lugiato — Disturbi mentali. Patologia e cura — Casa editrice U. Hoepli, Milano.

A. Cervati e M. Sforza — Vademecum dell'Infermiera (Il dizionario). Casa editrice U. Hoepli Milano

Dott. Vidoni G. — Giacomo Vidoni ed il Manicomio di San Daniele nel Friuli — Estratto dagli «Annali del Manicomio Interprovinciale L. Mandalari», 1924, Messina.

Ernesto Lugaro — Correlazione nervosa e correlazione umorale — Dal «Libro en honor de D. Santiago Ramon y Cajal. — Madrid, 1922.

Annuario bibliografico italiano delle Scienze mediche ed affini pubblicato a cura del Laboratorio bacteriologico della Direzione generale Sanità pubblica diretto dal *prof. B. Gosio* — edito dall'Istituto sieroterapico di Milano — Anno 1920 - 1921 Milano 1923.

Anafilassi — Lezioni tenute ai RR. Istituti clinici di perfezionamento in Milano dai *proff. Lustig, Ceseris, Demel, Comba, Rondoni, Fregari, Fichera, Cesa-Bianchi, Micheli, Tironi, Belfaliti.* Milano 1923.

(*) Le case editrici e gli AA., che invieranno come gradito dono le loro opere, oltre una particolare recensione, avranno l'annunzio gratuito in copertina.

Opere e opuscoli debbono essere indirizzati alla Redazione del Giornale «Il Manicomio» presso l'Ospedale Psichiatrico interprovinciale di Nocera Inferiore (Salerno).

Adriano Ceresoli — Contributo clinico ed istologico alla tubercolosi intestinale stenosante — Atti della Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche. Vol. XII. fasc. 5.

Id. Contributo alla conoscenza dei tumori primitivi dell'intestino — Atti della Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche. Vol. XI. fasc. 4.

Id. I principii attivi degli estratti placentari e loro azione sugli organi genitali femminili (Nota prima) — Atti della Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche. Vol. XII. fasc. 4.

Id. Contributo alla conoscenza ed alla terapia delle angiocoliti tifose (Nota Preventiva) — Atti della Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche. Vol. X. fasc. 4.

Eugenio Bravetta e Andreina Gatti Casazza — La puntura cerebrale nella diagnosi degli stati demenziali non paralitici — Bollettino della Società medico-chirurgica di Pavia — Anno XXXVI. Fasc. 2. 1923.

E. Bravetta e P. Battistessa — Paralisi progressiva atipica e reperto spirochetico — Bollettino della Società Medico - Chirurgica di Pavia, Anno XXXVI. Fasc. 3. 1923.

Arrigo Frigerio — Sui cosidetti reperti sierologici atipici nella paralisi progressiva — Pesaro, Premiato Stab. d'Arti Grafiche Cav. G. Federici, 1923.

Prof. Breda A. — A proposito della Cura Chirurgica dell'unghia incarnata — Nota — Venezia, 1921.

Prof. Pennato P. — Sulla Splenomegalia emolitica — Venezia 1921.

Id. Note sulla malaria latente e congenita — Venezia 1921.

Id. Sull'azione diuretica della Tubercolina e sul trattamento dei versamenti tubercolari — Venezia 1921.

Id. L'osservazione radiologica nel Pneumotorace terapeutico (Metodo Forlanini) — Venezia 1921.

Id. Sul versamento pleurico nel corso del Pneumotorace terapeutico (Metodo Forlanini) — Venezia 1921.

Id. Sulla dilatazione idiopatica dell'Esofago — Venezia 1923.

Dott. Corsonello P. — Contributo alla conoscenza della genesi della psicastenia — Estratto dal Giornale « La Medicina Pratica » Anno IX. Fasc. 4. — Napoli 1924.

Prof. Berti A. — La radioscopia laterale nelle diagnosi delle malattie dello Stomaco — Venezia 1921.

Dott. Pellegrini A. — Ricerche sulla viscosità del Sangue asfittico — Venezia 1921.

» **Stefani F.** — Alcune particolarità dei radiogrammi di muscoli striati e loro rapporto colla dottrina delle contrattilità del sarcoplasmo — Nota II.ª — Venezia 1921.

Prof. Bertelli D. — Sulla morfologia delle coste umane — II.ª Nota preventiva — Venezia 1921.

Truzzi E. — Le Scuole Ostetriche nelle terre redente — Venezia 1921.

Mazzalongo R. — Sopra un caso di morbo ceruleo (Stenosi ed insufficienza dell'arteria polmonale e pervietà del foro di Botallo) — Venezia 1921.

Dottori Giavedoni G, e Giordano M. — Ricerche batteriologiche in un caso di ittero febbrile accessuale (Bacillus mesentericus vulgatus) — Venezia 1912.

Prof. Alberotti G. e Prof. Orlandini O. — Considerazioni sopra un caso di sublussazione unilaterale traumatica del cristallino da causa traumatica — Perizia Giudiziaria — Venezia, 1915.

Giordano D. Di una incisione assai proficua per operare la ablazione dell'intestino crasso — Venezia 1915.

Prof. Filippi E. — L'aspirina nelle infezioni — Estratto dalla «Riforma Medica», Anno XXXIX. n. 32, 1923. Napoli.

Dott. Sabbatani L. — Azione farmacologica dei composti ossigenati del cloro sul clorato di sodio — Nota prima — Venezia, 1922.

Id. Azione farmacologica dei composti ossigenati del cloro sul clorito di sodio — Nota seconda — Venezia 1924.

Dott. Albertotti G. — L'occhio anatomino artificiale del Verle e modelli analoghi — Venezia, 1922.

Anno XXXVII 1924 N. 3

IL MANICOMIO

GIORNALE DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II

DIRETTO DAL

Prof. Domenico Ventra

LIBERO DOCENTE DI PSICHIATRIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
DIRETTORE DEL MANICOMIO

E REDATTO
DAI MEDICI DEL MANICOMIO

NOCERA INFERIORE
TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO

1924

„IL MANICOMIO„ **Giornale di Psichiatria e Scienze affini,** esce ogni quadrimestre, formando a fin d'anno un volume di 300 pagine. Pubblica lavori originali, riviste sintetiche, bibliografie, recensioni.

Gli autori di memorie originali riceveranno 50 estratti con copertina.

Dei libri mandati in dono, anche dalle Case editrici, si farà un sunto bibliografico.

ABBONAMENTO ANNUO

per l'Italia e Colonie **L. 30**, un fasc. separato **L. 10**,
« l'Estero . . . » **50**, » » » » **20**.

Per tutto quanto riguarda il Giornale, anche per le inserzioni a pagamento, rivolgersi alla **Redazione di «Il Manicomio»**
Nocera Inferiore (Salerno)

SOMMARIO DEL N. 3.

Lavori Originali:

Recensioni:

IL MANICOMIO

IL MANICOMIO

GIORNALE DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II

DIRETTO DAL

Prof. Domenico Ventra

LIBERO DOCENTE DI PSICHIATRIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
DIRETTORE DEL MANICOMIO

Anno XXXVII — 1924

NOCERA INFERIORE
TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO

1924

Dott. Prof. F. CAZZAMALLI
libero docente di clinica delle malattie nervose e mentali

OSSERVAZIONI CLINICHE

sul

LUMINALE

Scrivevo di recente in « L'attualità neuropsichiatrica (1) » che « per quel che riguarda la diminuizione di attacchi convulsivi (spesso fino alla rarefazione più notevole), un rimedio è stato introdotto con grande vantaggio nella terapia sintomatica della epilessia: rimedio che ha detronizzato il pressochè *inerte* (*e dannoso*) *bromuro;* dico del *luminale o gardènal* dei Francesi ».

E' tempo ora di dar conto delle osservazioni cliniche compiute, e che giustificano il sopra menzionato asserto, non senza ricordare che su tale argomento esiste una copiosa e seria letteratura clinica (2), nella quale non reputo del tutto superfluo l'inserire, con

---

(1) Almanacco Igienico — Casa Editrice dell' Igiene e la Vita, Torino 1924.

(2) Per limitarci agl' italiani citerò *Zalla, G. Pellacani, C. De Sanctis, Amantea. Linguerri e Valenti, Rabboni, Dosio, Ventimiglia, ecc., ecc.*

I numerosi lavori sull'argomento mi dispensano da accenni sulle proprietà chimiche e fisiche, fisiologiche e farmacologiche del *Luminale* (fenil - etil - malonil - urea).

la maggiore concisione, i risultati delle mie numerose esperienze.

Ho sperimentato il medicamento in 25 *casi di epilessia motoria grave*, spesso con coorte di sintomatologia psichica sia accessuale (stati psicosici pre e post - epilettici), che duratura (oscillazioni timopsichiche, pervertimento del carattere, ecc.).

Ometto per brevità di riferire le storie cliniche degli ammalati, e riunisco senz'altro in due quadri sinottici i casi sottoposti alla cura del *Luminale*, avvertendo che si tratta di ricoverati in reparti, a me affidati, dell'Ospedale Provinciale Psichiatrico di Como.

Il I.° quadro sinottico riguarda dodici ammalati, di cui è riferita la media trimestrale degli accessi convulsivi prima colla terapia bromica precedente le esperienze, poi nel I° e II° trimestre colla somministrazione di *Borotartrolo*, nel III° trimestre colla somministrazione di *Borotartrolo* e *Luminale*, e nel IV° trimestre colla somministrazione di *Luminale* puro.

Il II° quadro sinottico riguarda tredici ammalati, di cui è riportata la media trimestrale degli accessi convulsivi durante la terapia bromica, e poi la media trimestrale degli accessi convulsivi per ben quattro trimestri durante la luminal - terapia.

Mentre mi riservo in seguito di fermare l'attenzione su certi casi clinici meritevoli di un particolare accenno, avverto subito che le dosi del borotartrolo si sono aggirate su una media di gr. 2 di borotartrolo e ctgr. 10 di luminale in due riprese, e quelle di luminale puro su una media di ctgr. 20 in due riprese e cioè una compressa da 10 ctgr. al mattino e una da 10 ctgr. alla sera, accompagnate da un bicchiere di acqua di fonte.

I.° Quadro Sinottico

Casi clinici	Media trimestrale degli accessi convulsivi epilettici durante la terapia bromica.	Media trimestrale degli accessi convulsivi durante la cura col borotartrolo nel I. trimestre.	idem nel II trimestre.	Media trimestrale degli accessi conv. durante la terapia mista col borotartrolo - luminal nel III trimestre.	Media trimestrale degli accessi convulsivi durante la luminal - terapia nel IV. trimestre	*Osservazioni*
I. Z. G.	18	2	11	7	5	=
II. R. E.	15	31	16	16	15	=
III. M. P.	?	?	9	3	3	=
IV. G. G.	?	?	33	5 e 4 Vertigini	5	Dimesso dall'Istituto e affidato alla famiglia
V. R. C.	24	11	5 e 3 Vertigini	1	—	idem
VI. B. V.	20	17	15	18	10	=
VII. M. A.	23	19	15	22	9	Dimesso dall'Istituto e affidato alla famiglia
VIII. R. A.	30	24	28	26	3	decesso
IX. N. D.	12	8	9	2	1	=
X. B. B.	36	30	23	27	4	=
XI. B. M.	9	7	2	7	—	=
XII. C. I.	9	7	3	7	—	=

II.° Quadro Sinottico

Casi clinici	Media trimestrale degli accessi convulsivi durante la terapia bromica.	Media trimestrale degli accessi convulsivi durante la luminal - terapia nel I. trimestre.	idem nel II trimestre.	idem nel III trimestre.	idem nel IV trimestre	*Osservazioni*
I. M. A.	21	7	3 e 1 Vertigine	5 e 2 Vertigini	1 e 1 Vertigine	=
II. M. G B.	12	1	1 e 2 Vertigini	0	—	decesso
III. C. L.	6	2	—	1	1	Dimesso dall'Istituto e affidato alla famiglia
IV. P. L.	?	2	11	7	4	=
V. A. G.	15	1	2	3	—	=
VI. C. R.	9	3	5	8	5	=
VII. B. R.	Vertigini e scosse mioclon
iche quotidiane e ripetute	16	30	37	9	Dimesso dall'Istituto e affidato alla famiglia
VIII. C. G.	12	7	6	6	—	=
IX. C. G.	36	16	4	—	—	Dimesso dall'Istituto e affidato alla famiglia
X. P. A.	60	50	39	24	10	=
XI. B. E.	21	14	5	12	7	=
XII. F. F.	24	20	12	18	4	=
XIII. G. L.	24	18	14	8	6	Dimesso dall'Istituto e affidato alla famiglia

Dal *primo quadro sinottico* globalmente si desumono le seguenti considerazioni:

a) il borotartrolo ha esercitato una assai scarsa azione moderatrice sulla frequenza degli accessi convulsivi.

b) la associazione borotartrolo e luminale neppure ha dimostrato particolare influsso sulla frequenza degli accessi.

c) la somministrazione del *luminale* puro in dose di 20 ctgr, divisa in due volte, ha dato nel primo trimestre di quest'ultima esperienza terapeutica, risultati di efficacia assai maggiore non solo dei sali bromici, ma anche del borotartrolo e della associazione borotartrolo e luminale.

Il *secondo quadro sinottico* riguarda una serie di esperienze continuative col *luminale,* che hanno consentito di contrapporre alla media degli accessi convulsivi epilettici, osservati in un trimestre a terapia bromica, ben quattro trimestri di esclusiva luminal - terapia, avvalorando le seguenti considerazioni :

a) il *luminale* esercita, con variazioni di intensità da soggetto a soggetto, ma però sicuramente e sempre, una evidente azione moderatrice sulla frequenza degli accessi convulsivi epilettici.

b) non tanto dalla quantità di medicamento, quanto dalla continuità della sua somministrazione alle dosi sopraddette devonsi i migliori risultati. Infatti se si confrontano i dati degli ultimi trimestri coi primi di luminal - terapia, si nota una sicura stabilizzazione del miglioramento.

c) il *luminale* alle dosi suddette ed anche a dosi maggiori non ha mai dato luogo a inconvenienti particolarmente incresciosi, se si eccettui un caso di dermatosi (reazione cutanea eritematosa al medicamento, rapidamente dileguatasi colla sospensione del luminale e non più recidivata alla riassunzione del medicamento), e due

casi di sonnolenza e pesantezza di capo mattutine all'inizio della cura, poi dileguatesi e non più ricomparse.

* * *

Non sarà certo sfuggito all'attento lettore il fatto che di 25 epilettici — e le forme cosidette idiopatiche od essenziali, ricoverate negli istituti manicomiali, ben si sa quanto siano gravi nelle loro tenaci manifestazioni motorie e psichiche - curati col *luminale,* ben 7 abbiamo potuto lasciare l'Ospedale e venire affidati alla assistenza familiare.

Nè io esito di attribuire la possibilità del ritorno in famiglia e della continuata permanenza all'ottima azione rarefattiva e moderatrice degli accessi convulsivi esercitata dal *luminale,* che naturalmente i detti malati hanno avuto il preciso suggerimento di continuare ad assumere nella dose media di due compresse al giorno di 10 ctgr. ognuna, riducendola anche in certi casi a quella modica di una sola compressa; senza mai sospenderne bruscamente l'uso.

I casi clinici sui quali reputo utile richiamare l'attenzione sono i seguenti:

R. C. d'anni 69. Si tratta di epilessia motoria, insorta in seguito a trauma cranico (senza breccia) in soggetto senile, con stati contusionali post - accessuali protratti.

Gli accessi da una media trimestrale di 24 scesi ad una media di 11 e di 8 colla somministrazione di borotartrolo, e di uno colla terapia mista borotartrolo - luminale, sono scomparsi nell'ultimo trimestre colla luminal - terapia. (Vedi caso V. del quadro I.).

Contemporaneamente si affermò anche un certo miglioramento psichico nel soggetto, il quale dopo parecchi mesi di ottima degenza in famiglia riebbe qualche raro attacco, in seguito ad abusi alcoolici.

M. A. d'anni 39. Ricoverato nel 1919 per accessi convulsivi epilettici frequenti e protratti con confusione post - accessuale, insorti da

qualche tempo e dei quali l'A. attribuisce la causa ad un trauma fisio-psichico (caduta da un ponte di fabbrica, rimontante a parecchi anni addietro), al quale seguirono vertigini sempre più gravi e poi accessi motori.

Sottoposto a cura bromica negli anni 1919 - 20 - 21 - 22 presentò invariabilmente accessi convulsivi frequenti, mentre si notavano turbe caratteristiche nel campo timo - psichico (periodi di malumore) e del carattere (pervertimento). Nel 1923 sottoposto a cura di borotartrolo e dopo di luminale, gli accessi si sono rarefatti (caso VII. del quadro I.) e si ridussero d' intensità, con scomparsa dei seguiti confusionali ed evidente miglioria nella sfera timo - psichica e nella socialità, così che il soggetto potè ritornare in famiglia.

C. L. d'anni 14. Ricoverato dall'Agosto 1921: grave tara neuropsicopatica familiare; qualche accesso convulsivo nella prima infanzia, e a 14 anni, senza cause apparenti, inizio di accessi convulsivi epilettici sempre più frequenti e con rapido pervertimento del carattere.

Nell'Ottobre 1922 viene sottoposto alla luminal - terapia con riduzione e poi scomparsa degli attacchi convulsivi (caso III. del quadro II.), e riordinò del contegno e della condotta, così da consentirne il ritorno in famiglia.

B. R. di anni 19. Grave tara ereditaria e fratello pure epilettico.

Ricoverato per la seconda volta nel febbraio 1922, per accessi convulsivi, vertigini frequentissime (quotidiane), e mioclonie generalizzate. Presenta anche iniziale degenerazione del carattere. Nell'ottobre 1922 viene sottoposto alla luminal - terapia, con esito di riduzione degli attacchi vertiginosi e convulsivi, in modo da poter essere affidato alla famiglia.

In questo caso l'umore e il carattere subirono solo un lieve benefico influenzamento (caso VII. del quadro II.)

C. G. di anni 33. Ricoverato per la seconda volta nel 1921.

Si tratta di convulsionario dall'infanzia con recente pervertimento del carattere e stati post - accessuali confusionali.

Dal dicembre 1922 sottoposto alla luminal - terapia, presentò ridu-

zione e poi scomparsa degli attacchi convulsivi (caso IX. del quadro II.); con assai importante e felice influenzamento sul carattere e sulla timo - psiche, in modo da consentirne il ritorno in famiglia e al lavoro.

G. L. di anni 19. Ricoverato dal 1919 proveniente già da altro Istituto. Convulsionario dall'infanzia, pare in seguito a spavento, con protratti stati confusionali post - accessuali e alterazioni nella sfera timo - psichica e nel carattere.

Durante la degenza gli accessi apparvero di natura istero - epilettica, e seguiti a volte da fugace paresi spastica degli arti di destra di natura funzionale e sempre dileguatasi senza il menomo residuo.

Sottoposto nell'ottobre 1922 alla luminal - terapia ebbe riduzione sensibile degli accessi convulsivi (caso XIII. del quadro II.) e normalizzazione del contegno, così da renderne il ritorno in famiglia nell'agosto 1923.

Questi casi clinici si commentano da sè. Solo voglio rilevare, contrariamente all'opinione di C. de Sanctis, il conforto che tali dati apportano alle considerazioni svolte dallo Zalla, dal Brühl e dal Maillard, sulla benefica influenza della luminal - terapia, s'intende non nei casi inveterati nè nelle demenze epilettiche terminali, sulla timopsiche e aggiungo sulla socialità dei soggetti. Ricordo anche i buoni risultati — semplicemente moderatori — ottenuti negli accessi epilettiformi della paralisi generale progressiva.

∴

Ho voluto anche sperimentare il *luminale sodico* per iniezioni endorachidee in quattro epilettiche, previa sottrazione di *liquor* nella misura di 12 - 15 c. c. La dose di luminale sodico — in soluzione sterile al 5 % — iniettata endorachide è stata di c. c. 2 e mezzo.

R. M. di anni 16. Da 5 anni convulsionaria con protratti stati confusionali pre e post - accessuali; evidente indebolimento mentale.

Sottoposta alla luminal - terapia per *os* si ebbe rarefazione degli accessi, ma nessuna influenza sullo stato di torpore demenziale.

Il 27 marzo alla iniezione endorachidea di luminale sodico, l'A. presenta reazione febbrile intensa (T. 39.9) con cefalea, accesso convulsivo dopo 9 ore ed altri due nei giorni immediatamente successivi; la febbre scompare in seconda giornata. Dopo 10 giorni altro accesso, e poi colla ripresa della luminal - terápia per *os*, alle dosi di 2 compresse al giorno di 10 ctgr., scomparsa per un mese di seguito degli accessi e ritorno dell'A. in famiglia, presso la quale tuttora si trova, continuando la cura.

M. F. di anni 36. Ricoverata dal 1919; da anni sofferente di accessi convulsivi epilettici assai frequenti. Luminalizzata fin dal 1921 con qualche lieve beneficio.

Sottoposta alla iniezione endorachidea di luminale sodico, presentò notevole reazione: T. 38,9, cefalea e mialgie per due giorni, senza alcun sensibile influenzamento sulla frequenza e intensità degli attacchi convulsivi.

C. N. di anni 17. Convulsionaria dalla prima infanzia, recentemente con equivalenti psicolettici gravi, e stati convulsivi post - accessuali.

Dal febbraio assoggettata alla luminal - terapia per *os* con benefica influenza rarefatrice sugli accessi, ai quali da allora non sono più seguiti stati crepuscolari.

Sottoposta alla iniezione endorachidea di luminale sodico, presentò reazione intensa: T. 40, cefalea, conati di vomito e poi in quarta giornata quattro accessi convulsivi. Tale intervento non accrebbe il miglioramento già stabilizzato colla cura per *os*.

L'A. è ora in famiglia e prosegue nella cura.

M. G. di anni 23. Da sei anni convulsionaria. Durante l'osservazione presentò frequenti attacchi vertiginosi (piccolo male) con perdita di orina.

Sottoposta alla iniezione endorachidea di luminale sodico presentò modica reazione: T. 37.5, lieve cefalea: né si notarono modificazioni sensibili nella frequenza delle vertigini.

I risultati di queste quattro esperienze terapeutiche contraddicono — dato lo scarso numero converrà sperimentare ancora — a quelli, che,

colla iniezione endorachidea di 2 cc. di soluzione al 5 % di luminale sodico, avrebbe ottenuti recentemente e brillantemente Alberto Gmelin in soggetti epilettici.

Invece, dalla somministrazione di luminale sodico (soluzione normale al 20 %) per via sottocunea, devo segnalare il giovamento ottenuto in casi di agitazione psicomotoria grave sia malinconico - ansiosa, che maniacale, che amenziale, impiegando dosi di 3 - 4 - 5 cc.; evitando anche il frequente spiacevole abbattimento, che segue quasi sempre all'uso di ipnotici stupefacenti.

Finalmente in due casi di corea di Huntington un lieve giovamento ebbi dalla somministrazione sottocutanea di luminale, seguita poi da quella per *os*.

*
* *

Dalle mie osservazioni cliniche derivano queste conclusioni;

1. La cura sintomatica dell'epilessia ha nel luminale il suo attuale migliore sussidio.

Il luminale — naturalmente con maggiori effetti sensibili quanto più giovani sono i soggetti, meno vecchio il male e meno profonde le alterazioni psichiche — esercita un benefico influsso sulla sintomatologia epilettica, con rarefazione, diminuizione di intensità e qualche volta sospensione degli accessi convulsivi. Le turbe psichiche post - accessuali e le non infrequenti alterazioni del carattere e della timo - psiche vengono assai spesso vantaggiosamente corrette, con benefica risocializzazione dei soggetti.

2. Non esistono controindicazioni speciali alla luminal - terapia, e ove eccezionalmente si presenti all' inizio della cura qualche lieve inconveniente, la diminuzione di dose o la momentanea sospensione del medicamento sono sufficienti a dirimerlo.

3. Non bisogna mai interrompere bruscamente la somministrazione del medicamento, poichè si corre il rischio quasi immancabile della insorgenza d'accessi gravi e protratti.

Questo è il *memento homo*... che alla cura causale della terribile malattia — non distratti dai vantaggi della terapia sintomatica — deve essere rivolta la nostra continua e più viva attenzione. E ci confortano i recenti brillanti esiti definitivi di oculati interventi operativi (B e s t a).

4. Il luminale sodico in soluzione al 5 o|o per iniezioni endorachidee non mi sembra consigliabile per la scarsa efficienza di risultati.

Invece il luminale semplice, per *os* alla dose media di due compresse al giorno (da 10 ctgr. l'una), da assumersi una al mattino e una alla sera per un periodo di mesi — dopo di che si potrà ridurre ad una sola compressa quotidiana — è il preparato più efficace nella sua facilità di somministrazione.

5. Il luminale *sodico* in soluzione al 20 o|o serve bene, come ipnotico e sedativo, in molti casi di agitazione psicomotoria, specialmente nelle forme psicosiche acute.

RICORDI
DI
Psicopatologia infantile e scolastica

Conferenza ai Maestri ed alle Maestre aquilane (22 maggio 1924)

del Dr. Prof. Fr. DEL GRECO

I

In altra occasione, ebbi l'onore di parlare davanti a Voi: nello scorso Novembre, al I Convegno Regionale dei Maestri di Abruzzo. Allora, tentai di svolgere il Tema propostomi (1): *Il Maestro e la Igiene infantile e sociale.*

Dissi, che, per la vastità dell'argomento, dovevo limitarmi ad un breve e rapido sguardo di assieme — Quest'oggi mi terrò nell'ambito di questioni più delimitate: quantunque sempre mai vastissime e gravi. Ed io non potrò che ripetere: perdonerete, se eviterò di toccare una moltitudine di questioni e problemi, insistendo su ciò, che a me sembra, di essi, la parte più vitale ed urgente. Il mio sarà un programma, un modesto programma.

Lo sapete. La Igiene moderna ha, quale obiettivo: prevenire i

(1) Vedi nel «Manicomio» — Giornale di Psichiatria ecc. — 1923.

morbi, impedire che raggiungano, nell'individuo, la serietà di una malattia, piena, confermata.

Un tempo credevano (e molta gente lo crede ancora), si potesse opporre al male uno «specifico», un contro-male. Mentre è ognora una ben dura faccenda il combattere una malattia dichiarata, nel pieno del suo sviluppo.

Soltanto, in alcuni casi, è possibile *attaccarla di fronte,* nel culmine del suo funesto vigore. D'ordinario giova deviare, combatterla qua e là, sostenendo le forze organiche avversarie. E maggiormente è utile, *prevenire, prevedere* (ho detto).

Ogni cosa al mondo è legata per fila innumerabili di antecedenti, di piccole cause, le quali man mano si intrecciano e producono, fondonsi nella *espressione ultima* del *fatto,* del *male,* talvolta, che ne assedia ed impaura con la enormità sua. Ora, appunto, la Igiene *va in traccia di queste piccole cause.*

Una infinità ne trova nell'aria, nel suolo, nel modo di vivere nostro, in tutto l'ambiente che ne avvolge.

Altre cause sono nell' *individuo* medesimo, nella sua costituzione organica e psichica, nelle predisposizioni sue.

Le cause ambienti interferiscono sull' individuo: e questo lotta contro l'aggressore, od ha in casa chi stende la mano al nemico e lo aiuta a scavalcare i ripari.

Quindi due grandi capitoli: lo studio dell'*ambiente,* una mesologia patologica; lo studio dell' *individuo.* — L' Igienista, il medico cercherà (se mai è possibile) di modificare l'ambiente in bene: ed, ancora, a tempo, l' individuo. E' importantissimo, per l' igienista, per il medico, sorprendere, nello individuo, il nemico *agli inizii,* avvisare in esso tanti piccoli segni che precorrono il male.

Ma, per la Scuola, in verità, non importa un travaglio, così difficile, molteplice, specializzato — E poichè siamo a discorrere d'Igiene Mentale, dirò, che a noi non importa troppo. conoscere il numero grandissimo di cause psico-patiche, che sono fuori della

nostra visione ed azione; nè quelle follie o nevrosi, le quali vanno a finire all'Ospedale Psichiatrico e rendono il sofferente un malato grave. Per noi è necessario avvisare, conoscere le *irregolarità* psichiche e nervose, le piccole morbosità e le anomalie di tal genere, *che sono tollerabili nell'ambiente della Scuola.*

Avvisarle, e, dopo, operare su esse in qualche maniera; mettendole al passo (se si riuscirà) con il modo di contenersi degli altri fanciulli. Un servizio di *avanscoperta* più che altro: il medico - psicologo penserà al resto, andando diritto, verso il compito più grave.

Ma quando una irregolarità o deficienza neuro - psichica la diremo morbosa od anormale? — Si possono avere irregolarità di intelligenza o di sentimento o di condotta, da causa organica; eppure non sono di pertinenza della Igiene mentale scolastica, o (per dirla più limitatamente) della Psicopatologia scolastica — Che il fanciullo sia *disattento* dopo una lunga e faticosa passeggiata; od *irritabile* per digiuno; *o sonnolento e con dolori al capo,* perchè nell'aula vi è poca ventilazione, o carboni male accesi alla stufa; simili cose non maravigliano (dico). Sono di volgarissima, comune esperienza.

Bisogna, che la modificazione psichica e nervosa, lieve o notevole, sia tale da lasciare supporre nell'individuo alcunchè di più stabile e profondo. Sì da farne di quello individuo, quasi un essere a sè; cui bisogna rivolgersi con particolare sollecitudine e precauzione.

Ma (dirà qualcuno) incominciate ad esporre un pò che cosa intendete, per fanciullo, per organismo, *medio e normale.* Mi proverò.

II.

La vita umana percorre un ciclo dalla nascita alla morte. Abbiamo il periodo della *vita intrauterina, embrionale,* importantissimo a conoscere nelle sue condizioni morbose: il bambino viene

alla luce, allatta, mette i denti (fase importantissima): poi, cammina, parla. E da *infante*, vale a dire da essere che non parla, diventa *fanciullo:* acquista, svolge il meccanismo della parola.

Vi è, in seguito, la *prima* fanciullezza, intorno ai 6 o 7 anni: il bambino si allunga; cui segue la *seconda*, l'altra fanciullezza, che culmina dagli otto ai dieci anni. Indi si entra in uno stadio, che precorre l'*adolescenza*. E dall'adolescenza, si va alla giovinezza, alla maturità, alla vecchiaia.

Questi periodi della vita non sono arbitrariamente distinti; ma hanno base in modificazioni dell'organismo notevolissime: l'entrare in gioco della funzione sessuale è proprio (tutti lo sanno) dell'*adolescenza*. Così, la progressiva involuzione della medesima sessualità, indica il trapasso dagli *anni maturi* alla *vecchiezza*. E con questi, e con altri mutamenti di tutto l'organismo, vanno modificazioni nella struttura nostra psicologica, nelle diverse manifestazioni psichiche.

Importantissimo è considerare il periodo che sta *prima dei 30 mesi in media*: il bambino, in quell'epoca, rivela una costituzione d'organismo, sua caratteristica, significativa per verità.

E' noto: vi è, in noi, il *sistema nervoso centrale*, formato dal midollo spinale e dall'encefalo. — L'encefalo risulta, è costituito dalla *corteccia cerebrale*, organo delle funzioni psicologiche superiori. Ed è costituito dai *gangli della base del cervello*, posti sotto la corteccia; dove arrivano le impressioni, che vengono dai sensi maggiori, dalla vista, dall'udito ecc......, e vi si coordinano i movimenti *espressivi* più complicati (della fisionomia, del contegno, ecc.).

Il *cervelletto* posto, dietro, sotto il cervello, è l'organo massimo dello equilibrio della persona.

∴

Il midollo spinale, nel bambino appena nasce, ha una *certa autonomia*. Il bambino è un « essere spinale », ha detto qualche fisiologo.

L'attività nervosa si interpetra con lo schema del riflesso: una *fibra centripeta*, afferente (via della sensibilità, delle impressioni); una *fibra centrifuga*, efferente (via delle scariche di energia, cagioni di movimento): in mezzo, tra la fibra sensitiva e quella motrice, vi è il *centro;* gruppo di cellule, in cui si elaborano le impressioni e seguono le reazioni.

Con questo schema interpetriamo tutta la vita nervosa. E' la legge di Carlo Bell, insigne medico e fisiologo scozzese.

Ora il midollo spinale, nel bambino dei primi mesi, ha funzione a sè, è *centro* soltanto. Vi arrivano gli stimoli dalla cute, dalle estremità, e vi si adombrano *movimenti più o meno coordinati;* quasi alcunchè di lontanamente simile a ciò che capita negli animali inferiori.

In quel tempo, il midollo spinale non è in rapporto con la *corteccia cerebrale* e con l'attività psicologica superiore. Poscia si sviluppano le *fibre nervose* di *connessione* fra la corteccia cerebrale, il cervelletto, tutto l'encefalo da una parte; ed il midollo dall'altra. Si moltiplicano così i legami fra le diverse regioni, in alto ed in basso: tutto il sistema nervoso centrale volge alla *unità di coordinazione* nella funzionalità sua.

E vi, via, il bambino *cammina, parla.*

Per camminare, bisogna star su, mettersi in equilibrio: il cervelletto (ho sopra affermato) è l'organo equilibratore massimo. Il bambino parla; ed il centro motore del linguaggio ha sede in una regione della corteccia cerebrale. E' quanto si compie dappresso ai trenta mesi in media.

*
* *

Il midollo e l'encefalo funzionano per la vita di *relazione,* mettono l'organismo in rapporto con il *mondo esteriore.* Ma vi è in noi la vita vegetativa ancora, quella degli organi interni, delle funzioni gastro - intestinali, del respiro, della circolazione, ecc.

La vita vegetativa è regolata da tanti gangli e fibre nervose, sparse nella massa dei visceri, le quali mettono capo ad una *duplice catena* di altri gangli e di fibre. Questa doppia catena *decorre ai lati della colonna vertebrale,* nella faccia interna di essa, e si perde alla base del cervello: forma, come due rosarii, in cui le poste (i gangli) sieno molto distaccate. E' il sistema del simpatico e del parasimpatico: sta in rapporto con le *glandole endocrine*. Che cosa sono esse?

Ogni glandola è, come un piccolo laboratorio chimico nell'organismo nostro. Essa trasforma alcune sostanze del sangue in bile, in saliva, ecc.; e queste ultime, lungo canaletti, si scaricano per lo intestino, dentro la bocca, ecc. — Ora vi sono, nel nostro corpo, alcune glandole chiuse (direi), che elaborano sostanze, le quali vanno diritte al sangue, senza il magistero di quei canaletti: perciò fu molto difficile conoscerne la funzione. Sono le così dette glandule endocrine.

Alla base del cervello se ne trovano due, ad esempio: l'*epofisis* l'*epifisis*: segregano qualche cosa che è molto importante per lo sviluppo della nostra ossatura, dei nostri arti — Al collo vi è la glandula *tiroide.* La tiroide, se funziona in eccesso, fa dimagrare, rende l' individuo eccitabile, e genera altri caratteristici disturbi: se si arresta nello sviluppo e degenera, forma il così detto *gozzo*, va con una persona, grassa, torpida, sonnolenta.

Le *glandule sessuali* hanno una doppia funzione; l'una, indispensabile alla continuità della specie (l'ovaia non dà gli ovuli, che giungono all'utero?); ed hanno un'altra funzione, non meno necessaria per l'organismo. Producono alcune sostanze, le quali contribuiscono alla regolare attività dei centri nervosi, e determinano, o sostengono; lo sviluppo delle *caratteristiche sessuali secondarie* antropologiche (barba, muscolatura notevole, voce bassa per l'uomo; chioma lunga, seno, ecc, per la donna).

Ora il sistema nervoso simpatico riesce, entro certi limiti, a

coordinare queste funzioni endocrine, importantissime per la vita nutritiva, vegetativa, plastica del nostro organismo.

Si consideri frattanto: nel fanciullo una tale funzionalità è, per alcuni rispetti, distaccata dalla *vita di relazione*, più che non sia nello adulto.

Dal lato psicologico, il sistema endocrino-simpatico è il "*grande risonatore*" *della emotività nostra*, delle nostre emozioni prime, vitali, di benessere e di malessere. Se il bambino grida o piange, nei primi mesi di vita, è, perchè lo stomaco suo, o l'intestino, od altro suo viscere, funziona male.

Poscia si sviluppano *connessioni nervose* fra il *simpatico* e lo *encefalo*; ed, allora, si ha la vera e più estesa emotività, in rapporto a sensazioni e conoscenze di oggetti esterni.

III

Vedete adunque: l'attività cerebrale superiore si completa via via nel bambino e prende, in qualche modo, fino ad un certo punto, possesso, (direi) dell'organismo intero. In lui le coordinazioni nervose non sono formate e definite: gli effetti delle azioni *patologiche male vi si limitano*, male si arrestano ad alcune parti soltanto: si diffondono, ingombrano rapidamente quel terreno, ancora non formato del tutto, in isviluppo.

Perciò nel bambino le malattie nervose e mentali *si rassomigliano fra loro*, poco si distinguono; al contrario nell'adulto esse costituiscono gruppi clinici, a parte, bene caratterizzati. E, più che nell'adulto, il sistema nervoso sta, nel fanciullo, sotto *l'azione diretta* delle grandi cause morbose, ambienti ed ereditarie.

Io non le andrò ricordando tutte: eviterò di parlare della malaria, della endemia cretinica, della encefalite letargica, ecc. Mi limiterò alle tre condizioni morbose ereditarie, più gravi e comuni nella presente vita sociale: alla *tubercolosi*, alla *sifilide* o *lue*, allo *alcoolismo*.

Sulla *tubercolosi* non giova troppo arrestarsi: è un male, così terribile, *così distruttivo*, da porgere lieve campo a male formazioni ereditarie dirette.

Cospicue ne genera la *sifilide* o *lue*. La lue ha origine da un protozoo (spirocheta pallida): talvolta si ha nel bambino trasmesso dai genitori; altre volte, nel bambino, se ne osservano gli effetti tristi, con modificazioni organiche (nutritive e formative) dannose.

Vi trovate innanzi ad un esserino, pallido, anemico, sottile, con la testa irregolare nella forma, con denti male impiantati, distanti l'uno dall'altro; la volta del palato o troppo arcuata o piatta; la lingua, grossa, tutta linee e scissure.

Altra causa di decadimento della prole è *l'alcoolismo*. Nella prima generazione viene su una bambina od un bambino, bene formato, ma irritabile all'eccesso, che si fa, come nero in volto, quando grida: cresciuto, è violento, accensibile all'estremo. Talora diverrà epilettico. In altri casi, sarà intelligente; ma con lacune morali, con strane irregolarità della condotta, che maravigliano.

Nella seconda generazione la eredità alcoolica si aggrava, determinando nella prole insufficienze psichiche notevolissime.

L'eredo - luetico (come per altri rispetti l'eredo - tubercolare) ha, non di rado, un *temperamento nervoso*, detto *linfoatico, anemico:* degenerazione del comune temperamento *apatico - eretistico*. Il bambino è predisposto agli ingorghi glandulari, alle bronchiti ostinate. Cresce rapidamente talora. Per una nonnulla ha febbri. Dice la madre: questo bimbo è venuto su impastato di febbri — Sono docili: imparano con facilità, se intelligenti; ma hanno qualche cosa di torpido nel loro modo di sentire, alcunchè di fragile (direi), con iniziativa debole.

L'altro, l'eredo - alcoolista, ha il *temperamento artritico:* degenerazione del comune temperamento *malinconico o bilioso*.

L'artritico viene su lentamente; ma è più solido, quantunque abbia meno carni dell'altro. Bimbo, può andare soggetto a calcoli

vescicali: adulto, sarà un reumatico, un gottoso, un diabetico, un polisarcico. E' molto sensibile: talvolta si mostra cupo, ombroso: ha scatti improvvisi. Può divenire un ottimo scolaro, perchè con amor proprio vivo, tenace, perseverante: può essere un ribelle, un inquieto perenne, un criminale. Attenti a costoro: qualcuno di essi è capace di serbare nell'animo lunghi rancori. Qualche altro può *uccidersi finanche;* a cagione d'ira subitanea, o per gelosia, o per tormentose contrarietà nel piccolo mondo dell'infanzia.

* * *

E poichè abbiamo raggiunto il terreno psicologico, restiamovi. Ho detto: il temperamento linfopatico è degenerazione del comune temperamento apatico - eretistico; l'artritico del malinconico e bilioso.

Io seguo, così ragionando, i tipi della Medicina francese.

I bambini presentano più distinta la figura del "*temperamento*", *fatto psichico ed organico* nel tempo istesso.

Quanto dicesi « Carattere » si sviluppa in seguito e covre, fino ad un certo punto, il temperamento: svolgesi all'attrito con il mondo sociale ed umano. È formazione ulteriore e più complessa.

Ho ricordato, che i fanciulli con temperamento apatico sono docili, spesso: hanno poca iniziativa e molto amor proprio. Talora ne vedi qualcuno, immobile, sonnolente, là, seduto ad un banco — Bisogna ricercare perchè sta a quel modo. Forse, per uno strapazzo muscolare insolito, a cui andò incontro; od a cagione di un disturbo viscerale o per aver dormito poco? Bastano minime circostanze, in verità, perchè egli si faccia disattento e più che mai torpido.

Spesso si irritano; la loro irritabilità è fuoco di paglia. Bisogna (ripeto) suscitarne le iniziative. Hanno, talora, una eccellente memoria meccanica; ma comprensione debole. Vero è che vi sono degli apatici, intelligenti molto, ancora.

All'opposto, i malinconici od i biliosi bisogna sorvegliarli atten-

tamente. suscitandone l'affettività buona: bisogna dileguarne i perenni malintesi verso gli altri e le permalosità.

E, fra i malinconici, quante figure diverse! — Vi è il malinconico, sensitivo, delicato, affettuoso. Ovvero quello che si sente male sempre, ed ha « fissazioni »: sarà il futuro neurastenico. Vi è il malinconico ad andamento ciclico: ora triste, muto, inerte: ora ciarliero, inquieto, biricchino. Se dapprima ha paura di dire la lezione e per un nonnulla trema; in seguito, ad un tratto, appare diverso: di ogni cosa si sbriga agevolmente e la trova di facile esecuzione, vi riesca bene o tutt'altro che bene.

In mezzo, fra gli apatici, ed i malinconici, si osservano i così detti *temperamenti sanguigni*. Gente di buona salute: rosei, allegri, nei quali domina la *simpatia* verso gli altri e la *suggestibilità*. É indispensabile tener conto di questa loro attitudine naturale per attirarli a sè e per farli lavorare. Però hanno essi il difetto di essere leggieri (come si dice), non perseveranti, e, talvolta, *capricciosi*.

Che cosa è il *capriccio?* Lo sapete: talora, per una impressione da circostanze esterne, per una occasione qualsiasi, o per una subbiettiva e non agevolmente definibile cagione; il ragazzo si impunta a volere una cosa, a compiere un atto, ovvero a non compierlo. Nè vi è modo di farlo desistere.

Quel desiderio, quell'atteggiamento è venuto su, e sta isolato, invincibile in lui.

Noi, adulti, abbiamo pur troppo i nostri desiderii irragionevoli ed i nostri capricci ancora; tuttavia è a noi possibile modificarli, o nasconderli, con altri sentimenti ed altre idee.

Il bambino ha l'anima (come il sistema nervoso suo) slegata, vive del momento, ed i momenti suoi psicologici di rado si ingranano e collegano bene l'uno nell'altro. Inoltre non ha la nostra « politesse », le dissimulazioni di gente, accorta e civile.

In qual modo combattere il capriccio?

Girando la posizione, distraendo quell'ometto intrattabile. Ec-

colo, con i lagrimoni agli occhi, incantato a guardare un sonaglino, venuto fuori, non si sà, da quale misterioso ripostiglio; ovvero stendere le mani, portando in bocca quella qualche cosa che desterà la sua brama di piccolo ghiottone.

I bambini sono capricciosi, se specialmente neuro - patici — E, nell'adolescenza, la capricciosità diventa cosa interessantissima, degna di molto studio — I bambini si dimostrano iracondi e paurosi.

Attenti alle *paure*: sono indomabili nella infanzia. Ho detto sopra, che quei piccoli esseri hanno il *sistema simpatico - endocrino* (risonatore grande delle azioni) poco subordinato ai *centri nervosi dello encefalo*, i quali sono l'organo, la base fisica precipua dei maggiori sentimenti, delle imagini, delle idee: complessi sentimenti, imagini, idee, *inibitrici di ogni eccessività emotiva* (dico) — La paura, una volta suscitata, fa da sè nel fanciullo: è intensa; è *dissolvitrice organica*.

Mai impaurirli. Una madre dirà, che il suo bimbo divenne *epilettico*, a cagione di un «grande spavento», provocatogli dai rimproveri della maestra. Un'altra dirà, che il figliuolo andò soggetto a *corea*, dopo le paure avute alla scuola.

Tutte ciarle in verità. Il bambino era già epilettico: soffriva dei piccoli disturbi di un simile male (assenze, vertigini, episodii sonnambolici), che passavano ignorati. Poi venne la terribile *convulsione* e questa s'iniziò, preceduta da un *mutamento affettivo intenso*, da *paura*: una paura organica, saliente dai precordi. Bastò un nonnulla a provocarla.

E la corea? Nella corea il bambino fa smorfie, si muove sempre, si contorce. È una *infezione* e dura parecchi mesi alle volte.

La corea incomincia a rivelarsi con una paurosità eccessiva nel bambino — Ma chi toglierà dall'animo della madre il convincimento, che causa di tutto fu la *emozione*, provocata nel figliuolo dal contegno severo della maestra?

IV

Tralascio di ragionare dell' *isterismo* e della *epilessia* nel bambino, perchè ne dissi qualche cosa in occasione dell'altra Conferenza; e, poi, conclamate, evidenti, sono malattie intollerabili alla Scuola. Si noti, che la epilessia, all' inizio, contratta (direi), non sviluppata, si confonde col temperamento malinconico - bilioso accentuatissimo, di persona violenta, che spesso si distrae, che ha subiti torpori e subite eccitabilità. L'altra malattia, l' isterismo, presenta enormemente esagerate la *suggestibilità* (ordinaria nei fanciulli) e la tendenza a dire bugie, ad inventare storielle (*mitomania*, diciamo noi alienisti).

Ed appunto, discorriamo un po' della «intelligenza» nel fanciullo.

Il maestro deve stimolare, reggere, aver dominio sull' *attenzione* nell'alunno — Intorno al fenomeno «attenzione», si è scritto moltissimo e si sono fatte ricerche infinite. L'attenzione abbisogna d'un certo allenamento per farsi veramente operosa: sale d' intensità, via via; tocca per breve periodo un acme, discende. Essa va con l' *interesse*. E l' interesse del bambino è sui generis, in rapporto al suo mondo particolare: un mondo di *sensazioni* e di *piccole cose* a sfondi indefiniti.

Il bambino vive dei *sensi*. Per noi le sensazioni, pure, compiute, non esistono, o quasi non esistono: si conglobano in altre e sono *indicatrici* di oggetti o di eventi esteriori o di malesseri interni.

Il fanciullo vive pienamente una sensazione: il rosso, il verde, il giallo, un suono acuto, uno squillare........ Che risonanze emotive provocano in quel piccolo essere! Quale freschezza del sentire, di vivere! Come imaginarselo, di nuovo, ad età adulta?

Leggete alcuni passi dell'antico Testamento e di antichi poemi; e da quelle pagine saprete qualche cosa di ciò che sia una sensazione *dominatrice, intensa*.

Con lo sviluppo intellettuale le sensazioni si aggruppano, si subordinano agli *schemi*, alle idee: si fa la casa. La mente del fanciullo è, pari ad una casa, non messa su ancora; di cui la « intelaiatura » non vi è, od appare debole, incompleta.

Come volete che egli osservi bene, se afferra qualche particolarità distinta, se ha *sensazioni vive* da un oggetto, da un avvenimento; ma non *le aggruppa*, non le vede nelle loro gradazioni e connessioni, nella loro *molteplicità unitaria;* non riesce ad inquadrarle dentro gli schemi ed in rapporto ad esperienze anteriori?

Si aiuta, in verità, ragionando per *analogia*, mercè la grama sua esperienza di piccino. « Un bicchiere (dice) è padre di un altro più piccolo ». Egli nomina tutti i recipienti, rotondi ed alti, bicchieri; e, magari, li confonde con la pasta a tubi, che la mamma gli scodella a tavola, cotta e condita.

Il fanciullo osserva vivacemente, ma in maniera *incompleta, lacunare:* nè gli è possibile raccontare con precisione un fatto ed un avvenimento — Noi, per raccontare, per descrivere, dobbiamo avere presente la tela degli eventi, dobbiamo *subordinare* le cose ed i fatti, *a seconda* della loro importanza nel presentarsi, nello svolgersi.

Tutto ciò è impossibile nel fanciullo. Considerate quanto espongono gli etnologi intorno ad alcuni *idiomi di popoli selvaggi:* costoro hanno una notevole varietà di motti, di frasi, che, ad una, ad una, fissano, fotografano (direi) questo o quel loro movimento od atto o sensazione — Noi abbiamo la *parola astratta: condensazione* d' innumerevoli atti e di sensazioni. Variando la dicitura, sulla base di quella parola; diciamo molto più, infinitamente più, di quello che riesce a dire il selvaggio con le espressioni sue distinte.

Vedete bene, che, per mancanza di « intelaiatura », il racconto non può andare diritto nel fanciullo. E cade in errori e s' impiglia in bugie, più o meno volontarie — Tolto dalla sensazione o percezione, presente, benchè incompleta; confonde il fantastico, il sognato, con il reale. Ma sua memoria meccanica è, davvero, fresca, gagliarda;

però è memoria meccanica. La struttura n'è tutta di suoni e di movimenti, non di idee e di schemi.

*
* *

Vi è dippiù: il fanciullo è predisposto a cadere in *errori* ed in *bugie;* perchè *suggestibile enormemente.* Suggestibilità vuol dire tendenza a subire la pressione di una mente su di sè; o tendenza a subire la pressione di un evento, di un caso qualunque, generatore diretto di credenza, o di sentimenti o di imagini: tendenza a subirli automaticamente, inavvertentemente — Se noi siamo vigili, desti, se abbiamo « conoscenze » da opporre a quelle che vengono a noi; le discutiamo, con critica e ponderazione. Ed allora una impressione od idea si accetta; un'altra si respinge o modifica.

Nella « suggestione », niente di ciò: ogni cosa penetra direttamente nel nostro animo e pensiero: vi si imprime. Si è come cera, docile alla mano dell'artefice. Il fanciullo, il quale non ha critica e conoscenze da opporre, è suggestibile ad una infinità di impressioni e di eventi.

Suggestibilità, poverezza di esperienze, mancanza di schemi ed idee: tutto un complesso di ragioni, per cui il fanciullo è vittima di errori infiniti.

Se neuropatico, è più di quello sano, incompleto ed erroneo osservatore; che rumina fantasie, per quanto anguste; e suggestibilissimo di leggieri.

È necessario stare in guardia con la « suggestibilità » del fanciullo.

Vi è un ramo della Psicopatologia — La Psicoanalisi — in cui l'osservatore (scavando nel subcosciente o nell'incosciente dello infermo) trova le *« origini » di una sofferenza presente,* di una strana idea o di uno strano sentimento, di un'angoscia tormentosa. Le trova giù, verso la lontana infanzia dello infermo: colà, nel deviato istinto sessuale o di difesa od offesa, quando costui era fanciullo — Fu im-

pressione subita, allora, per l'acuita istintività: si conservò: crebbe; vi si stratificarono sopra, vi si conglobarono altre impressioni e residui di esperienze. Ne seguì, con gli anni, tutta una deforme *costruzione interna*, inconsapevole, non compresa dal paziente medesimo; e che, ora, fa di costui, un *ossessionato*, un *neurosico*.

Si possono discutere i mezzi, con cui il medico psico - analista cerca di smontare simili « formazioni interne »; si può dubitare della esattezza, della pretesa veracità di queste *formazioni*, dal medico *ricostruite* nell'uno o nell'altro caso: obiezioni particolari, le quali punto infirmano il fatto, vale a dire, che deformi strutture psichiche si abbiano, talora, nel soggetto adulto, *sulla base* di impressioni e di suggestibilità perverse, subite nella infanzia.

∴

Ma la intelligenza del fanciullo in quali circostanze grandemente si sviluppa?

Si sviluppa nel gioco. Lo sapete bene. Il gioco è un fenomeno sociale per eccellenza. Il fanciullo è un essere sociale, che imita, che riproduce. Egli rifà le esperienze sue diuturne, tutto ciò che cade sotto i suoi occhi e sotto le sue mani.

Come nelle cerimonie, nelle feste, nei balli e nelle pompe delle tribù selvaggie, allorchè muovono alla guerra od alla caccia; si ripete, si estrinseca il contenuto ideale, la storia della vita da quella gente vissuta; così, nei giochi del fanciullo, si ripete tutto il mondo dei fatti, assorbito, appreso da lui. E, giocando, nel gioco, è un *riviverlo in una con lo svilupparsi dell'essere suo intero*.

Un fanciullo, che non giuoca, che cerca la solitudine, non è individuo normale.

Il gioco è *fatto sociale* (ho detto). La normalità del nostro spirito si esplica, si fà (direi), *vivendo ed operando socialmente, in mezzo agli altri.*

E ciò dimostra, come la *Scuola attiva* sia ottimo metodo di educazione, di formazione psicologica.

Che cosa è la scuola attiva?

Nel terzo Congresso Internazionale di « Educazione Morale », tenuto a Ginevra, durante il Luglio - Agosto del 1922; fu discusso il Tema: *Educazione e Solidarietà.*

Alcuni Relatori e Relatrici dei maggiori paesi civili hanno sostenuto la tesi: « S' impara ciò che si fa ». Quindi sostituire alla Scuola, pressochè inerte, e di « parole » specialmente; sostituire una Scuola ben diversa: piccole fattorie, giardinetti da coltivare; lavori manuali, o d'altro genere, compiuti assieme; teatrini in cui far delle recite, ecc. . . . Vera Scuola di *subordinazione* degli egoistici impulsi e del capriccio a *finalità collettive e sociali.*

E, durante il lavoro, il Maestro, la Maestra fa notare al fanciullo i piccoli errori commessi; le distrazioni, cause di mancati successi; e quanto fu raggiunto per l'ordine e la perseveranza: fa sperimentare l'antipatia che ne assale, quando siamo costretti a recitare la parte di uomo dall'animo, duro, crudele; la letizia di essere buoni, generosi, soccorrevoli.

L'anormale psichico è un *aberrante* dalla socievolezza; il folle è un essere *asociale.*

Epperò, educare gli animi alla socievolezza, operando assieme, con finalità comuni, unitarie, che *superano* gli obiettivi nostri particolari.

Se, nel mondo di fuori, dovunque, è guerra e dolore; ciò non sia nella Scuola: tempio luminoso, ridente, oasi solinga, fra i deserti del mondo!

Nella Scuola il Maestro, la Maestra sta in mezzo. Dispieghi da sè, verso quelle anime piccine, una rete d'affetti, di simpatie, di imitazioni buone: scruti con sagacia quelle piccole anime, che cercano di *accomodarsi* all'adulto (dice il Baldwin), che si sforzano di salire all'adulto. Ed ami, consuoni con esse.

Tendasi dall'educatore a quella turba, lieta di fresche impressioni, il filo, sottile e tenace, della simpatia e dell'amore: arcobaleno che annunzia, precorre quanto, nell'adolescenza, sarà nobile sentimento; proposito, generoso, umano; spirante la vita superba dello Ideale!

MANICOMIO INTERPROVINCIALE V. E. II
NOCERA INFERIORE

DOTT. CARMELO VENTRA
MEDICO ORDINARIO

Un caso raro di anestesia laringo — tracheale

Prolungata permanenza di un voluminoso corpo estraneo nelle vie respiratorie, dissimulato a scopo suicida — morte improvvisa per paralisi riflessa del centro respiratorio bulbare.

La presenza di corpi estranei nell'albero respiratorio non è un fatto nuovo. La letteratura medica ne registra moltissimi. Essi sono di natura endogena, come empiemi pleurici, cisti da echinococco, ghiandole bronchiali calcificate o suppurate, che si aprono la via e si vuotano nell'albero respiratorio; oppure sono di natura esogena, e provengono dall'esterno nelle vie respiratorie. Questi ultimi sono della più diversa specie, cominciando dalle cannule di tracheotomia (Marsing, Fritz, Santer), fino ai pezzi d'osso (Moritz, Rossbach), ai frammenti di nocciuole, di semi, ecc. e perfino ad un portapenne metallico (Laidler) ecc.

Le vie d'entrata possono essere costituite da ferite del torace, ma ordinariamente sono rappresentate dalla glottide. La sede può variare dalla laringe fino ai piccoli bronchi, e dipende da varie circostanze, specialmente dalla qualità e grandezza del corpo estraneo. Le lesioni che ne derivano possono essere rappresentate da infiammazioni, suppurazioni, erosioni e perforazioni in corrispon-

denza del punto ov'è avvenuto l'incuneamento. In altri casi, quando i corpi sono talmente grandi, da occludere le vie respiratorie, determinano l'asfissia immediata e la morte. In genere però i corpi estranei, penetrati nell'albero respiratorio, determinano istantaneamente i comuni fenomeni reattivi (tosse, difficoltà di respiro, rossore, lagrimazione, irrequietezza, ecc.), che possono alternarsi con periodi di calma relativa, dovuti all'esaurimento temporaneo della sensibilità del punto stimolato, o a cambiamento di posizione del corpo estraneo; ma d'ordinario i fenomeni reattivi sono costanti, continui e più o meno imponenti, e richiedono l' intervento tempestivo del medico o del chirurgo.

I casi in cui il corpo estraneo permane a lungonelle vie respiratorie senza produrre alcun fenomeno, sono rari; ma in tali casi si tratta di oggetti di piccolo volume, che capitano in una zona poco sensibile dell'albero respiratorio, e vi s'adattano, fino a quando non sono espulsi da un colpo di tosse. Il Leyden ha descritto un caso in cui un pezzo d'osso della lunghezza di 2 cm. e della larghezza di 1 cm. è rimasto per 8 mesi e 1|2 nella trachea, ed il Kobler ha parlato di corpi estranei capitati inavvertitamente nelle vie respiratorie profonde, senza produrre sintomi di stenosi, e trovati soltanto all'autopsia (Petteruti). Questi casi non sorprendono tanto però, a causa del loro piccolo volume, che consente di allogarsi in una parte limitata dell'albero respiratorio, in cui la sensibilità è diminuita, e dove si stabiliscono condizioni particolari di adattamento. Di corpi estranei di grandezza considerevole, che siano penetrati e rimasti nell'albero respiratorio, senza produrre almeno i comuni fenomeni reattivi, non ho trovato citazione in letteratura. Ond'è ch'io credo non privo d' interesse scientifico e pratico riferire un caso raro, in cui un voluminoso corpo estraneo, introdotto nelle vie respiratorie a scopo suicida, ha potuto rimanere in esse dissimulato, in virtù di una completa anestesia laringo - tracheale, la quale, impedendo che il detto corpo fosse rivelato dai

fenomeni reattivi, ha fatto sì che l'azione prolungata di esso determinasse la morte improvvisa per paralisi riflessa del centro respiratorio bulbare.

Di Per. A. di Michele, da anni 32 di Carpino (Foggia), vedova, è stata ammessa in Manicomio il 5 luglio 1924. Dal certificato medico che l'accompagna, si rileva che la ricoverata ha un cugino frenastenico. E' stata sempre d' intelligenza media. Ha sofferto malaria. E' vedova, ed ebbe un unico parto regolare. Irregolari le funzioni mestruali. Era di carattere buono, amante del lavoro e affettuosa, facilmente emotiva. Nella fanciullezza mostrò una facile impressionabilità e sensibilità a tutte le emozioni più lievi, uno stato di facile gaiezza e di depressione, e, già fidanzata e prossima a sposarsi, temeva di essere abbandonata dal fidanzato, e diceva che questi ogni notte si recava a scagliare pietre sul tetto della sua casa. Ebbe a soffrire patemi di animo, specialmente in seguito alla perdita del marito, morto in guerra.

Nella prima quindicina di luglio diede segni di alienazione mentale. Presentava allucinazioni uditive. Sentiva grida di persone, esclamazioni, parole, frasi, che venivano pronunziate fuori della propria camera, dal tetto e dalla via. Queste voci contenevano rimproveri, minaccie, accuse, come, per esempio: « ti ammazzeremo, ti bruceremo la casa, ti cacceremo in carcere; tu vuoi mancare di rispetto alla memoria di tuo marito e noi ti faremo togliere la pensione; abbiamo già fatto contro di te un ricorso, che ha avuto il suo effetto ».

La malata sentiva inoltre disgusto della vita. Si riteneva incapace di qualsiasi lavoro, e temeva che, privata della pensione, avrebbe visto morire di fame il povero figliuolo. Aveva dei periodi di eccitamento con impulsi aggressivi. Aveva inoltre tendenza a nascondere pezzetti di ferro, chiodi, aghi, pezzi di vetro, che, quando non era sorvegliata, ingoiava a fine di uccidersi, com'ella stessa diceva, non potendo avere del veleno, che con insistenza chiedeva.

Acuitosi questo suo stato psicopatico, fu condotta in Manicomio il giorno 5 luglio 1924, accompagnata da ampia relazione medica, da cui abbiamo tratto le notizie anamnestiche dianzi riferite.

Alla visita mattinale del 6 luglio 1924 ho trovato la malata fissata a letto, in uno stato di agitazione psico - motoria. Aveva minacciato di suicidarsi, ed anche dentro il giubbetto cercava di tirarsi in giù e di

serrare il collo contro il bordo dell'apertura superiore del giubbetto medesimo. Alle domande non rispondeva. Il personale di custodia mi ha riferito che ogni tanto emetteva delle grida. Per il corpo era piena di lividure.

Considerata la tendenza al suicidio della malata, e le referenze del certificato medico di accompagnamento, ho affidata la malata al personale di assistenza in consegna e sorveglianza speciale.

8 - 7 - 1924. La malata continua ad essere agitata. Alle mie domande non risponde. Con la suora e con le infermiere dice qualche parola, e, da quanto mi riferiscono, rilevo ch'è dominata da allucinazioni uditive a tinta persecutoria. Qualche volta grida, chiamando la suora « sorella mia ». Si alimenta di latte, pastina in brodo e tuorli d'uovo. Dorme poco.

13 - 7 - 924. Da ieri la malata ha cominciato a tranquillizzarsi, e stamane la trovo alzata e senza giubbetto. Interrogata, non risponde se non con segni della testa e qualche monosillabo fioco. Si lagna di dolori al lato sinistro del collo e di fastidio nella deglutizione, per cui prende solo cibi liquidi e qualche pastina in brodo. Osservando il lato sinistro del collo, trovo, in corrispondenza della parte media del bordo anteriore dello sterno - cleido - mastoideo, una tumefazione della grandezza di una grossa noce, dura, non spostabile, non dolente, non arrossata. Le manovre semiologiche non provocano tosse, nè senso di soffocazione.

La ricoverata è depressa, abulica, tendente al negativismo. Dice qualche parola con voce fioca.

Ordino un trattamento jodico esterno della tumefazione.

20 - 7 - 924. La tumefazione al collo appare abbastanza ridotta, ma sempre dura. La malata continua ad essere depressa, abulica. Parla più con le infermiere che con me, che a stento riesco a strapparle di bocca qualche parola. Perdurano le allucinazioni.

21 - 7 - 925. Stato solito. Si chiede il ricovero definitivo con diagnosi di *accesso allucinatorio delirante* (1).

---

(1) La diagnosi sintomatica di *accesso allucinatorio delirante* è in uso presso questo Manicomio, suggerita dal Sig. Direttore prof. Ventra. Con essa vengono indicate delle sindromi acute, uniche o recidivanti, a base di delirii ed allucinazioni, con o senza confusione mentale, che non si possono inquadrare nelle forme cliniche note e ben definite. Tali sindromi si accostano alla *psicosi paranoidea* del Tamburini, ma divergono da essa per alcune note cliniche, di cui non è il caso qui di discorrere.

29 - 7 - 924. Trovo la malata in piedi nella sezione, invariata nel suo abituale contegno depressivo.

Stamane ha voluto solo del latte, accusando senso di maggiore fastidio alla gola. Esaminando la tumefazione, trovo che questa persiste, senza accenno ad ulteriore riduzione. Nessun fenomeno obbiettivo si nota a carico dell'apparecchio respiratorio, tanto nello stato di riposo, quanto nelle manovre semiologiche, all'infuori della voce leggermente afona, quando pronunzia qualche parola.

E' tranquilla e governabile, solitaria, sospettosa, diffidente.

29 - 7 - 924. Verso le ore 17 la malata ha dato improvvisamente e repentinamente segni di grave soffocazione. Trascrivo dalla cartella clinica il diario segnato dal medico di guardia Dr. Grimaldi, chiamato di urgenza in sezione, ed accorso insieme al chirurgo del manicomio Dr. Piccolomini, che trovavasi nel reparto per ragioni del suo ufficio.

« Verso le ore 17 sono stato chiamato di urgenza presso l' inferma, che presentava gravi sintomi a carico delle funzioni respiratorie e circolatorie: aspetto asfittico, respiro rumoroso, lento, ineguale, polso piccolo, aritmico, ineguale.

Poichè dalla lettura della storia clinica sono venuto a conoscenza della esistenza di una probabile lesione al collo, ho invitato il Dr. Piccolomini di prestare la sua opera.

Assieme potemmo constatare la esistenza di una tumefazione dura nella regione antero - laterale sinistra del collo fra la laringe e il muscolo sterno - cleido - mastoideo, di non chiara natura. Per questo fatto il Dr. Piccolomini pensò ad un intervento per tracheotomia, che non ebbe luogo, perchè nonostante tutti i rapidi soccorsi d'urgenza, l' inferma spirò nel volgere di 8 - 10 minuti circa ».

Il Sig. Direttore del manicomio, informato, ordinò l'autopsia, la quale, essendomi io dovuto assentare per qualche giorno, venne praticata dal Dr. Grimaldi. Ne riassumo il reperto, ricavandolo dal registro delle autopsie al N. 859.

REPERTO NECROSCOPICO

Provenienza del cadavere	=	Osservazione Donne
Cognome e Nome	=	Di P. A.
Età	=	anni 32
Diagnosi clinica	=	Accesso allucinatorio delirante
Data della morte	=	29 - 7 - 1924 ore 10
Data dell'autopsia	=	31 - 7 - 1924 ore 10

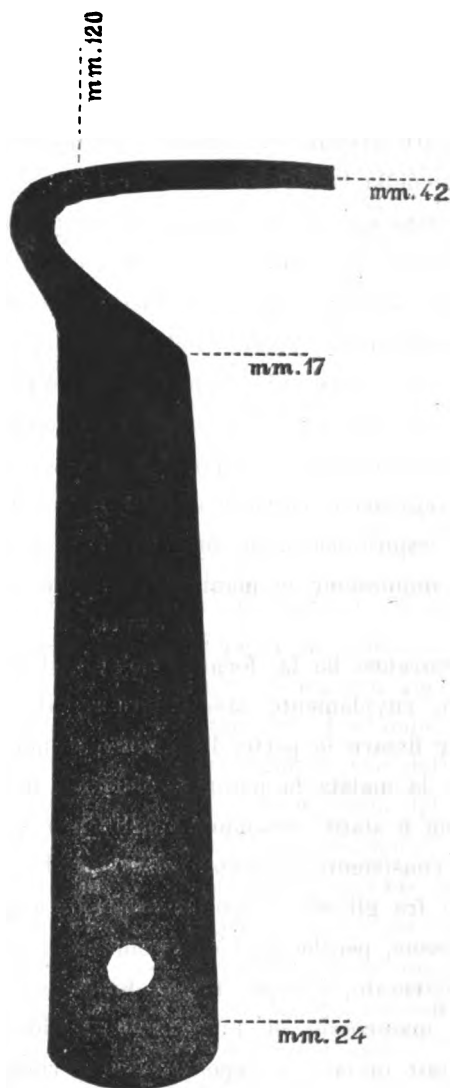
Presenta chiazze cadaveriche al collo, alla parte inferiore della faccia all'addome. La faccia, il collo e l'addome sono rigonfii. L'esame esterno generale non lascia rilevare nient'altro di notevole.

Aperte le cavità cranica, toracica e addominale non si riscontrano dati anatomopatologici degni di rilievo. Stomaco vuoto.

Scoperte le regioni del collo, si nota che i tessuti sono abbastanza alterati per processi putrefattivi cadaverici. Si nota anche sfuggita di gas. Sollevati i comuni tegumenti, e spostato indietro lo sterno - cleido - mastoideo sinistro, proprio nel punto in cui si notava la tumefazione, si rinviene una punta di ferro, che proviene dal lume del laringe, il quale, è perforato. Praticando in tal sito un taglio trasversale, si mette a nudo un pezzo di ferro rotondo, disposto traversalmente, spesso alcuni millimetri. Mentre si cerca di estrarlo, si vede che questo ferro trasversale è saldato ad angolo retto con un altro pezzo di ferro che scende in trachea. Si pratica allora un taglio longitudinale in basso, si apre la trachea, e si estrae un pezzo di ferro a forma di gancio, lungo mm. 120, che ha la base piatta affondata nel lume tracheale, disposta trasversalmente ed applicata sulla faccia posteriore della trachea, il cui lume perciò rimane libero per circa 3|4 verso la parte anteriore. La parte superiore del ferro, ricurva a gancio, rotonda, è conficcata con la punta nella parte inferiore del laringe, che è perforato nel suo lato sinistro, presso le cartilagini. In tal sito la punta del gancio di ferro passa a ridosso del nervo ricorrente laringeo sinistro, che è impigliato e compresso nella massa dei tessuti infiammati.

La mucosa laringea, per quanto è possibile giudicare dalla stato attuale di conservazione di essa, si presenta infiammata nel lato sinistro, e così la mucosa tracheale, nel lato sinistro più vicino al laringe.

Diagnosi anatomica. Mettendo in correlazione il reperto necroscopico con i sintomi clinici presentati dall' inferma, si giudica che la morte è avvenuta per asfissia, dovuta in parte all' infiammazione dei tessuti la-

ringei e tracheali, ma principalmente in conseguenza di paralisi riflessa per irritazione del vago e del nervo laringeo.

Gancio di ferro a grandezza naturale, trovato nell'albero respiratorio della malata Di P. A.

Il reperto anatomopatologico ha sorpreso alquanto tutti coloro che durante il periodo di degenza della malata in manicomio avevano avuto modo di avvicinarla ed osservarla. Nessuno aveva potuto sospettare la presenza di un corpo estraneo così voluminoso nelle vie respiratorie di essa, giacchè nessuna reazione e nessun disturbo del respiro avevano richiamato l'attenzione verso un esame diretto e minuto della loro funzione.

Il caso riferito non ha soltanto interesse per la grandezza eccezionalissima del corpo estraneo rinvenuto nell'albero respiratorio della malata, ma anche per le considerazioni cliniche, neurologiche, medico - legali e di tecnica manicomiale, che ad esso sono inerenti.

Prima di tutto si presenta il quesito più importante, dal quale dipendono di conseguenza tutti gli altri: da quanto tempo il corpo estraneo trovavasi nell'albero respiratorio della malata?

Abbiamo ragione di ritenere che il corpo estraneo trovavasi già nell'albero respiratorio della malata in un'epoca anteriore alla data della sua ammissione in manicomio, per le seguenti considerazioni.

Il corpo estraneo ha la forma e la grandezza di un grosso gancio di ferro, ruvidamente lavorato, di quelli che si adoperano nel contado per fissare le porte. Di tali ganci nel manicomio non ne esistono, nè la malata ha potuto aver modo di procurarselo diversamente, com'è stato assodato da una rigorosissima inchiesta. Nè può avere consistenza il dubbio ch'ella l'abbia portato da casa, nascosto prima fra gli abiti e poi in qualche angolo, fino al momento di servirsene, perchè, anch'ella, come si pratica generalmente con tutte le ricoverate, è stata subito denudata, all'atto della sua ammissione in manicomio, di tutti gli abiti che aveva addosso, i quali sono stati inviati al casermaggio, ed è stata vestita con quelli dell'Istituto. Poscia è passata nella sezione Osservazione, ch'è completamente isolata da tutti gli altri ambienti manicomiali, in un ramo dell'ultimo piano del fabbricato.

Appena entrata in sezione, la malata ha dovuto essere fissata a letto, perchè agitata. All'indomani all'ora della visita, l'ho trovata infatti a letto col giubbetto, entro il quale si dimenava, cercando di serrare la gola contro il bordo anteriore dell'apertura superiore, e tirandosi in giù, quanto più le era possibile. Interrogata, continuava a dimenarsi, e non rispondeva.

Emetteva qualche grido non troppo chiaro, come spesso capita nelle malate agitate. Col personale di custodia aveva manifestato propositi suicidi, dicendosi perseguitata da oscuri individui, che anche in manicomio le gridavano voci di minaccia. Non ebbi a notare tosse, nè cianosi, nè alcun segno di soffocazione.

Tenendo presente quanto risultava dal certificato medico ed i propositi di suicidio manifestati dalla malata, disposi che fosse affidata al personale in consegna e sorveglianza speciale. In tali condizioni di agitazione psico - motoria la malata rimase fino al giorno 12, fissata a letto. La mattina del 13 la trovai alzata e depressa. Alle domande non rispondeva se non con qualche segno della testa e delle mani, accennando a dolori al lato sinistro del collo ed a fastidio nella deglutizione. Ella infatti si nutriva di pastine in brodo, latte e tuorli d'uovo. Mangiava anche qualche pezzettino di pane, masticando lentamente. Portando l'attenzione al lato sinistro del collo, rilevai una tumefazione della grandezza di una noce in corrispondenza della parte mediana del bordo anteriore dello sterno - cleido - mastoideo, dura, indolente, non arrossata, non spostabile. Le manovre semiologiche praticate in tutti i sensi, a capo flesso ed esteso, non provocavano tosse, nè cianosi, nè senso di soffocazione. Qualche parola la malata la pronunziava con voce fioca. Pensai ad una tumefazione di probabile natura adenoidea, e ordinai delle medicature esterne a base di jodo. Nulla mi faceva por mente alla possibile esistenza di un corpo estraneo nell'albero respiratorio, perchè nessun segno reattivo esisteva da parte di quest'ultimo. La voce fioca, l'avarizia delle parole, la scelta dei

cibi a preferenza liquidi, in virtù del pretestato fastidio nella deglutizione, mi indussero a considerarli come effetto dello stato depressivo della malata, tenendo presente appunto la straordinaria frequenza delle tendenze negativiste nelle forme mentali depressive. Ad altro non potevo pensare, data l'assenza assoluta di qualsiasi fenomeno obbiettivo, che avesse potuto anche lontanamente farmi dubitare della presenza di un corpo estraneo nelle vie respiratorie. Superfluo aggiungere che, in mia presenza almeno, la malata faceva di tutto per dissimulare la vera natura dei suoi disturbi organici. E debbo credere che anche in mia assenza nessun fenomeno rilevante, tale da richiamare l'attenzione del personale di assistenza, dovesse comparire, perchè tanto la suora quanto le infermiere, che con essa vivevano in quotidiano continuo contatto, mi hanno assicurato che nessun disturbo del respiro hanno avuto a notare.

Il giorno 20 la tumefazione appariva alquanto ridotta, ma serbava i caratteri generali di prima.

Queste condizioni si son mantenute stazionarie fino alla mattina del 29. Nel pomeriggio del 29 il personale di custodia cominciò a notare nella malata un certo respiro stertoroso. E poichè questo aumentava e comparivano cianosi ed altri disturbi del respiro, fu chiamato di urgenza il medico di guardia dottor Grimaldi, il quale, accorso subito insieme al chirurgo dottor Piccolomini, si trovò appena in tempo a presenziare alla morte repentina della malata, mentre si stava preparando l'occorrente per la tracheotomia.

Da tutto quanto è stato qui riepilogato, si può con certezza trarre la conclusione, che il gancio di ferro trovavasi già nelle vie respiratorie della malata fin da quando questa è entrata in manicomio. Tale asserzione non solo è giustificata dai fatti suesposti, che cioè in manicomio di quei ganci di ferro non se ne trovano, che la malata non ha potuto portarlo da fuori e nasconderlo, per servirsene al momento opportuno, e che, stando in sezione Osservazione, non ha potuto aver altro modo come procurarselo; ma è avvalorata ancora dalle considerazioni seguenti:

Il reperto di autopsia ha chiarito che la tumefazione, che si riscontrava al lato sinistro del collo, non era affatto di natura adenoidea, ma era costituita da un processo infiammatorio reattivo dei tessuti del collo, che si era sviluppato intorno alla punta del gancio di ferro, la quale aveva forato il laringe e s'era in essi tessuti confiiccata. Ora questa tumefazione, ch'era in dipendenza diretta dello stimolo esercitato dalla punta del gancio di ferro, e che è stata da me notata per la prima volta la mattina del 13, quando cioè, cessato lo stato di agitazione, ho potuto compiere agevolmente sulla malata l'esame fisico generale, ci dice appunto due cose:

1. che il giorno 13 il ferro trovavasi con assuluta certezza nelle vie respiratorie della malata.

2. che per prodursi una tumefazione infiammatoria di quell'entità, l'azione stimolatrice ha dovuto agire per un tempo sufficientemente lungo. E poichè la tumefazione il giorno 13 aveva già raggiunto il massimo, e la malata nei giorni precedenti era stata fissata a letto di giorno e di notte, perchè agitata, è ovvio pensare che il gancio di ferro se l'abbia cacciato in gola prima di entrare in manicomio.

Ciò posto, poichè la malata è stata ricoverata il giorno 5 ed è morta il 29 luglio, può stabilirsi come dato positivo di fatto che il gancio di ferro è rimasto dissimulato nell'albero respiratorio per un periodo di almeno 24 giorni, senza produrre alcun fenomeno reattivo, che lo avesse messo in evidenza.

Il caso non è unico; ma è raro.

In letteratura, come dicevo, non ho riscontrato dei casi in cui il corpo estraneo raggiungesse un volume ed una forma così considerevole, e che fosse rimasto ignorato così a lungo nell'albero respiratorio, senza produrre il minimo fenomeno reattivo, che ne avesse potuto rivelare la presenza. Perchè questo abbia potuto verificarsi, ha dovuto esistere nella malata un'assoluta e completa anestesia laringo - tracheale. Vero è che nel caso del Leyden

il corpo estraneo è rimasto 8 mesi e mezzo nella trachea ed il Kobler ha rinvenuto corpi estranei nelle vie respiratorie profonde soltanto all'autopsia, ma in questi casi si trattava di corpi estranei di piccola mole, capitati in zone poco sensibili della mucosa tracheo-bronchiale, ed ivi annidati e rimasti per adattamento. La nozione che la sensibilità della mucosa trecheo-bronchiale varia nei diversi punti e diventa più ottusa a mano a mano che si scende nelle vie respiratorie profonde, suffraga questo concetto.

Ma anche nel caso del Leyden esisteva una tosse ostinata e stizzosa. Nel nostro caso invece non si può parlare di localizzazione in un punto limitato ipoestesico della mucosa, giacchè la grandezza straodinaria del corpo estraneo non solo occupava gran parte della trachea, ma si estendeva in alto verso buona parte del laringe, la cui mucosa ha una sensibitità squisita, e la cui stimolazione provoca fenemeni reattivi imponenti. Ora, perchè il gancio di ferro sia potuto rimanere nelle prime vie respiratorie ignorato ed occultato dalla tenace volontà suicida della malata, bisogna ammettere, come dianzi abbiamo detto, l'esistenza di una non comune forma di anestesia completa della mucosa laringo-tracheale.

L'anestesia laringea, oltre ai casi in cui è dovuta a processi patologici localizzati nel laringe, o a lesioni dei nervi laringei, si riscontra anche negl' isterici, nella narcosi profonda, nell'avvelenamento da belladonna, nelle affezioni dei centri nervosi, massime nelle lesioni bulbari e nella paralisi generale, e nel periodo agonico. Ma in generale bisogna notare che la sensibilità laringea non è completamente abolita, ma ottusa in modo che la mucosa non risponde soltanto agli stimoli lievi (Mancioli). Ora il nostro caso non solo non rientra nel quadro di quelle malattie in cui l'anestesia laringea si manifesta con una certa frequenza, giacchè la nostra malata era affetta da una psicosi allucinatoria delirante, — ma ancora bisogna ritenere che in esso l'anestesia della mucosa laringo-tracheale sia stata diffusa e completa, giacchè nessuna delle ordinarie reazioni si è potuta

constatare nel giro non breve di 24 giorni, ed in seguito allo stimolo costante ed abbastanza notevole di un corpo estraneo della forma e grandezza del gancio di ferro sopra citato, fino al punto che la malata ha potuto dissimulare in modo meraviglioso e per così lungo tempo la presenza di esso nelle vie respiratorie, ove l'aveva cacciato a scopo suicida. Bisogna ammettere dunque che in alcuni casi eccezionali possa esistere una anestesia laringea, o meglio laringo - tracheale, di origine psicogena, che arieggia l'anestesia isterica, senza peraltro che nel soggetto medesimo possa riconoscersi ed ammettere l'esistenza di note isteriche. E' appunto questa la peculiarità del caso clinico che ho creduto utile riferire. Tale particolarità fondamentale non ha soltanto un interesse scientifico, ma racchiude degli insegnamenti pratici, che hanno un valore non trascurabile nell'esercizio professionale.

Esso ci dice infatti che nella pratica professionale la nostra previggenza tecnica ed accortezza clinica nei rapporti delle condizioni dell'albero respiratorio nei malati di mente dev'essere sempre vigile, anche nelle forme mentali che non rientrano nell'ambito di quelle, per le quali l'attenzione del medico alienista viene d'ordinario richiamata e indirizzata all'indagine semiologica dell'apparecchio respiratorio. E' necessario sopratutto tener presente la condizione morbosa sudescritta nei casi di sitofobia, e specialmente in quelli con idee deliranti di suicidio. In tali casi infatti la sonda esofagea può entrare in laringe e attraversare la trachea fino ai bronchi, senza che il verificarsi rapido dei comuni fenomeni reattivi dell'apparecchio respiratorio ci metta sull'avviso che la sonda è in una falsa strada, e ci eviti la sorpresa straordinariamente penosa di dover assistere alle conseguenze funeste dell'immersione di liquido nelle vie respiratorie. Nè si dica che in tali casi, anche quando ogni fenomeno reattivo venisse a mancare, basterebbero a metterci sull'avviso i rumori inspiratorii ed espiratorii, che verrebbero necessariamente a verificarsi attraverso il lume della sonda esofagea. Ho praticato

parecchie centinaia di sondaggi esofagei a scopo alimentare nel mio esercizio professionale, ed ho potuto riscontrare che in numerosissimi casi, appena la sonda era arrivata nello stomaco, si verificavano attraverso il lume di essa rumori inspiratorii ed espiratorii, e qualche volta in modo così preoccupante, da indurmi ad estrarre subito la sonda, per ripetere la prova, alla quale conseguiva sempre il medesimo fenomeno. Tutte queste eventualità bisogna tenerle presenti nel sondaggio esofageo, e la mancanza di fenomeni reattivi dell'albero respiratorio non deve renderci troppo corrivi nell'escludere senz'altro che la sonda possa trovarsi nelle vie aeree, giacchè in casi di anestesia laringo - tracheale, simili a quello descritto, la sonda può entrare nelle vie respiratorie, senza produrre alcuna reazione, e la indroduzione affrettata del liquido alimentare, può causare allora la morte immediata dell'infermo, o, se non la morte immediata; le note conseguenze non meno funeste di liquido nei polmoni.

In altre contingenze ancora bisogna tener presenti gl' insegnamenti che derivano dal nostro caso; in quelle, cioè, che riguardano l'eventualità di quistioni medico - legali, che possono sorgere legate a casi del genere. Nel manicomio, per esempio, si è potuto assodare che il ferro è rimasto nelle vie respiratorie della malata per oltre 24 giorni, dissimulato in modo sorprendente, tanto che è stato messo in luce soltanto dall'autopsia. Ma questo dato di fatto, che nel manicomio ha potuto essere controllato ed accertato in modo positivo, avrebbe potuto sembrare inverosimile, qualora si fosse prospettato nell'ambiente libero della vita civile. E poichè a questo dato possono eventualmente ricollegarsi nella vita civile importanti quesiti medico - legali, è opportuno tener presente l'esperienza controllata, per averla di guida e di norma nella discussione scientifica di eventuali casi simili.

Dopo questi rilievi scientifici e pratici che il nostro caso non comune ci ha consentito di fare, non ci resta che indagare attraverso quale meccanismo patogenetico sia avvenuta la morte improvvisa della nostra malata.

Prima di tutto però crediamo necessario riepilogare alcuni concetti di fisiopatologia della respirazione, che servono a chiarire il processo patogenetico che ha culminato nella morte improvvisa dell' inferma.

Il ritmo respiratorio risulta dalla funzione coordinata di svariate e ben distinte potenze, ma dipende essenzialmente dalla funzione ritmica coordinatrice di complessi ordegni nervosi, i quali sono rappresentati:

a) dai nervi motori dei muscoli inspiratorii ed espiratorii;

b) da un organo centrale, o meglio da un complesso di centri nervosi tra loro associati e costituenti un piccolo sistema;

c) dai nervi afferenti capaci di modificare, direttamente o indirettamente l'attività di detti centri.

I *nervi motori* si originano dalle radici anteriori dei nervi spinali, e quindi da *centri spinali*, i quali però sono subordinati al *centro respiratorio bulbare*, che manda impulsi ritmici coordinati ai centri spinali. Gl' impulsi ritmici dei centri bulbari sono modificati da influenze che provengono sia dai centri cerebrali, sia dalla periferia dei nervi centripeti in generale, e specialmente dei nervi di senso di cui è provvista la mucosa delle vie respiratorie nasali, boccali, faringee, laringee, tracheali (Luciani). Gli stimoli che arrivano dal vago ai centri, esercitano un'azione costante su i centri respiratorii anche nelle condizioni normali. Invece le fibre nervose centripete che trovansi lungo le vie aeree, non entrano in attività nelle condizioni ordinarie della vita, perchè non posseggono normalmente un *tono*, e quindi non sono capaci, come le fibre polmonari dei vaghi, di esercitare un' influenza continua sui centri bulbari. Quando invece sono eccitati artificialmente possono determinare una modificazione del respiro. E' noto, per esempio, che l'elettrizzazione della mucosa nasale produce un arresto espiratorio (Hering e Kratschmer). La stimolazione elettrica leggiera del laringeo superiore produce un rallentamento delle respirazioni con pause espi-

ratorie protratte, e con una stimolazione più forte le espirazioni divengano grandemente attive e assumono la forma di *tetano espiratorio* (Rosenthal).

Ciò premesso, vediamo che cosa succede nella nostra malata. Ella introduce un corpo estraneo voluminoso nelle vie respiratorie, a scopo suicida; e poichè la malata ha tutto l'interesse di dissimularlo, nulla rivela, ad eccezione di dolori al collo e di disturbi nella deglutizione. Ora la presenza del corpo estraneo avrebbe dovuto in condizioni normali, essere messa in evidenza dai comuni fenomeni reattivi, e specialmente dalla tosse, i quali si sottraggono alquanto al dominio della volontà. Se invece nessun fenomeno reattivo si manifesta da parte della mucosa laringo - tracheale, nonostante il volume e lo stimolo continuo del corpo estraneo, bisogna pensare che la mucosa medesima trovasi in una condizione di completa anestesia. E poichè questa non è giustificata da nessun processo patologico localizzato o diffuso, sia della mucosa, che dei nervi laringei, nè da altre malattie o cause tossiche, le quali in generale sogliono produrre tali anestesie, bisogna ammettere ch'essa sia di origine psicogena.

Pur mancando però i fenomeni reattivi, avrebbero dovuto presentarsi almeno fenomeni d'asfissia. Anche questi sono mancati; e la ragione si trova nella forma appiattita del corpo estraneo che ha permesso il passaggio dell'aria in una quantità sufficiente ad impedire l'asfissia acuta. Infatti il ferro aveva appena lo spessore di 2 mm. ed era disposto secondo il diametro maggiore della trachea. Ora è vero che il diametro trasverso della trachea nell' individuo adulto vivo è, secondo le ricerche del Lejars, di mm. 12 al 1.° anello, di mm. 11,7 al 5.°, di mm. 11,5 al 6.°, e di mm. 11,8 al 9.° anello, mentre il ferro aveva il diametro variante tra i mm. 17 e 24, e che quindi la trachea ha dovuto subire uno stiramento trasversele, con accorciamento del diamero antero - posteriore, ma tale accorciamento non è stato così considerevole, come parrebbe a prima vista, perchè bisogna considerare che nel vivo il lume tracheale è più ristretto, perchè le

fibre muscolari della trachea sono contratte, e perciò gli anelli cartilaginei sono fra loro a contatto, ed il segmento posteriore, o segmento molle della trachea, si raggrinza in una specie di cercine longitudinale, che sporge nella cavità del condotto aereo. Quando si rilascia la contrazione di queste fibre, come nella morte, il lume tracheale aumenta. Nel cadavere infatti il diametro trasverso oscilla tra mm. 18 e 22, ed il diametro antero - posteriore tra mm. 14 e 18. Ora, se un corpo estraneo agisce nel senso di distendere la trachea secondo il suo diametro trasversale, le fibre del segmento molle cedono, ed il lume aumenta, senza che la distensione trasversale si compia tutta a scapito del diametro antero - posteriore, il quale perciò non subisce quell' accorciamento, a cui andrebbe soggetto se non cedesse la contrazione delle fibre suddette. Ciò posto, è chiaro che il gancio di ferro ha lasciato tra le sue facce e la mucosa tracheale uno spazio sufficiente al passaggio di una quantità di aria tale, che evitasse l' insorgenza dell'asfissia acuta, la quale avviene com' è noto, quando la ventilazione polmonare nell'unità di tempo è ridotta della metà (Luciani). Essendo mancato quindi qualsiasi fenomeno di occlusione delle vie aeree, bisogna escludere senz'altro che la malata sia morta per soffocazione meccanica.

Ed allora bisogna ammettere che la morte sia avvenuta per paralisi del centro respiratorio bulbare, preparata da un complesso di fattori, di cui discorreremo.

E' vero che il corpo estraneo, in vista della sua forma, ha impedito l'asfissia acuta, ma è vero altresì che la quantità d'aria che penetrava nei polmoni col ritmo respiratorio nell'unità di tempo, era notevolmente diminuita, non soltanto per ragioni meccaniche, ma con ogni probabilità anche per le ragioni fisiologiche, che risulteranno da quanto diremo appresso.

Abbiamo accennato all' importanza grandissima che ha l'azione dei vaghi sul centro respiratorio bulbare nella regolazione del ritmo respiratorio. Ora, quando la ventilazione polmonare non si compie

in modo normale, i vaghi. che innervano il polmone, mandano con le loro fibre centripete impulsi abnormi al centro respiratorio bulbare, la cui normale funzionalità viene per questo ad essere turbata. Non solo: ma l' insufficiente ventilazione polmonare altera la crasi sanguigna, e l'alterazione della crasi sanguigna favorisce a sua volta la esauribilità del centro respiratorio. A queste due condizioni, che per se stesse sono di non lieve importanza, se n'è aggiunta una terza, che con le altre ha concorso a preparare la catastrofe. Abbiamo detto che i nervi laringei superiore ed inferiore in condizioni ordinarie non esercitano alcuna azione sul centro respiratorio bulbare, perchè non posseggono normalmente un *tono*. Ma incondizioni di stimolazione artificiale possono determinare una modificazione del respiro.

Qui sorge una quistione. Dato che la mucosa laringo - tracheale, innervata dai laringei, era anestetica, poteva il corpo estraneo inviare stimoli abnormi al centro respiratorio, attraverso le fibre dei laringei? Per ammettere ciò, bisogna pensare ad una dissociazione della sensibilità, quale nei malati di mente si può spesso verificare. Le ricerche del P i t r e s hanno messo in rilievo che l'eccitamento delle regioni anestetiche produce, come nel normale, la dilatazione delle pupille (R o n c o r o n i). Ciò dimostra che, anche quando mancano i normali riflessi di contatto, gli stimoli delle regioni anestetiche possono trasmettersi all'organismo, e provocare altre reazioni. Quindi, se lo stimolo di contatto del corpo estraneo con la mucosa respiratoria anestetica non ha prodotto i normali fenomeni reattivi dell'albero respiratorio, non si può escludere senz'altro che stimoli di altra natura siano potuti arrivare al centro respiratorio bulbare attraverso le fibre afferenti dei nervi laringei. Ciò, per quanto riguarda un possibile stimolo diretto del corpo estraneo sulle terminazioni dei nervi suddetti nella mucosa laringo-tracheale. Ma il gancio di ferro un'altra azione più marcata veniva ad esercitare inderettamente sui nervi laringei. Abbiamo rilevato dal reperto necroscopico che la tumefazione che si riscontrava nella malata al lato sini-

stro del collo, altro non era, se non una tumefazione prodotta dalla reazione infiammatoria dei tessuti allo stimolo continuo esercitato dalla punta del gancio di ferro, che aveva attraversato la parte inferiore del laringe, e s'era conficcata nei tessuti del collo. Ora in quel punto decorre il nervo laringeo inferiore sinistro, o ricorrente sinistro, che allontanatosi dall'arco aortico, segue verso l'alto il solco formato dall'esofago e dalla trachea, e, giunto al costrittore inferiore del faringe, lo perfora, decorre sotto di esso, e va a raggiungere la doccia crico-tiroidea. In questo suo decorso il laringeo inferiore sinistro viene ad essere impigliato e compresso nella massa dei tessuti infiammatorii stimolati dalla punta del gancio di ferro e subisce un'azione stimolatrice meccanica costantemente crescente col progredire dell' infiammazione dei tessuti. In queste condizioni anormali di eccitamento del nervo laringeo inferiore, son potuti partire da questo stimoliabnormi al centro respiratorio bulbare, i quali, insieme agli altri sopracitati, hanno contribuito ad accelerarne l'esauribilità.

E' da supporre — ed è bene notarlo — che l'azione lenta di tutti questi fattori abbia di conseguenza portato dei disurbi graduali del ritmo, durante i giorni che precedettero la morte. Però non deve sembrare strano che tali disturbi siano sfuggiti all'osservazione abituale, sia perchè essi non erano certo così clamorosi, da richiamare l'attenzione del personale d'assistenza, sia perchè la malata, ch'era dominata da una potente volontà suicida, faceva di tutto per dissimularli, specialmente nell'ora della visita medica. Infatti col sottoscritto non parlava mai, non rispondeva, se interrogata, ed esercitava grandemente il dominio della volontà, facendosi vedere depressa, ma per nulla turbata da sofferenze fisiche, all' infuori del fastidio che diceva di avvertire nella deglutizione. In tali condizioni non parrà strano che eventuali disturbi della respirazione, conseguenti all'azione di stimoli abnormi ed alla progressiva esauribilità del centro respiratorio bulbare, siano sfuggiti non solo al personale d'assistenza, ma perfino al sottocritto, che nessuna indicazione aveva avuta, per rivolgere la propria attenzione ad un esame più minuto e più dettaglio della

funzione respiratoria. Intervenuta la paralisi bulbare, insorsero rapidamente i sintomi clamorosi dell'asfissia acuta, che misero in allarme il personale di assistenza, e condussero a morte rapida l'inferma, prima che il chirurgo e il medico di guardia, chiamati d'urgenza, avessero avuto il tempo d'operare la tracheotomia.

Sicchè, riassumendo, possiamo concludere:

che il gancio di ferro trovato nell'albero respiratorio della malata Di Per. A, ha potuto rimanere ignorato e dissimulato dalla volontà suicida della malata per un periodo di tempo abbastanza lungo, in virtù di una completa anestesia laringo - tracheale, che non ha dato luogo a nessuno dei comuni fenomeni reattivi (tosse, lagrimazione, cianosi, soffocazione ecc.), i quali avessero potuto metterci sull'avviso;

che il gancio di ferro, abbastanza voluminoso, e tale da superare di gran lunga gli altri corpi estranei descritti in letteratura, non ha causato nessun fenomeno di occlusione delle vie aeree; che però la ventilazione polmonare diminuita, se non ha prodotto fenomeni di asfissia a rapido svolgimento, ha turbato inevitabilmente la normale funzionalità polmonare, facendo sentire la propria influenza indiretta sul centro bulbare respiratorio attraverso la stimolazione abnorme dei vaghi e le inevitabili alterazioni della crasi sangigna;

e che la morte della malata avvenne per paralisi riflessa del centro respiratorio bulbare, in virtù dell'azione esauriente di stimoli abnormi, come quelli prodotti dall'alterazione lenta della crasi sanguigna per diminuzione graduale della ventilazione polmonare, dalle stimolazioni abnormi dei vaghi per la turbata funzionalità polmonare, e dagli stimoli crescenti dei laringei, dovuti in parte alla stimotazione diretta della mucosa, esercitata dal corpo estraneo, ed in parte alla compressione del laringeo inferiore, causata dai tessuti infiammati e tumefatti in seguito all'azione stimolatrice della punta del gancio di ferro.

BIBLIOGRAFIA

Lejars, citato da Testut L. — *Trattato di Anatomia umana* — Vol. IV. Unione tipografica editrice torinese 1903.

Luciani L. — *Fisiologia dell'uomo* — Vol. I. Società Editrice Libraria 1923.

Lustig e Galeotti — *Patologia generale* — Vol. II. Società Editrice Libraria Milano.

Mancioli T. — *Malattie dell'orecchio del naso e della gola* — Ulrico Hoepli. Milano. 1907.

Petteruti G. — *Corpi estranei nelle vie respiratorie* — Nel Trattato di patologia e terapia medica di Cantani e Maragliano. Vol. III. Parte II.

Roncoroni L. — *Introduzione alla clinica delle malattie nervose e mentali* — Unione Tipografica Torinese 1910.

ALLA

FACOLTA' MEDICO - CHIRURGICA

DI

NAPOLI

MADRE MIA INTELLETTUALE

AMOROSA

NELLE MIE LUNGHE AMARISSIME LOTTE

PER UNA

EDIFICAZIONE SCIENTIFICO - DIDATTICA

LA QUALE RIANNODA AL PRESENTE

LE FILA LUMINOSE

DEL GENIALISSIMO PRECURSORE NAPOLETANO

GIAMBATTISTA DELLA PORTA

Napoli Ottobre 1924

Gabinetto - Scuola di Antropologia Criminale « G. B. della Porta »
Fondato e diretto dal Prof. ANGELO ZUCCARELLI

DI UNA "SINGOLARITÀ" DI RIFLESSO CREMASTERICO E DEL SUO VALORE SEMEIOLOGICO PER LA DIAGNOSI DELLA NEVROSI TRAUMATICA E D'ALTRO

Comunicazione alla *R. Accademia Medico-chirurgica di Napoli*, fatta il 27 di maggio 1923

dal Prof. Angelo Zuccarelli

(Da una relazione di « revisione di perizia » su di un infortunato, presentata al Sig. Presidente della 2. Sez. del Tribunale di Napoli in luglio 1916).

Ho parlato e parlo di « singolarità » *di riflesso cremasterico*, e credo di dovere ben a ragione così dire e ritenere, giacchè, per quanto io abbia frugato in libri e riviste e domandato a colleghi e professori specialisti, non ho trovato alcun precedente di osservazione identica o almeno analoga o somigliante.

L'osservazione peregrina del caso mi capitò in un operaio infortunato, periziato nel 1916.

Prima d'ora, annunziai la comunicazione a più d'un congresso; ma, o perchè non mi riuscì d'intervenire, o perchè il congresso fu rimandato, la comunicazione non fu fatta.

Ora, tanto più mi procuro il piacere di presentare il caso alla considerazione di questa On. Accademia, in quanto, essendo stato fortunato di poter fissare il fenomeno in una pellicola cinematografica (del che sono ben grato alla molta cortesia dei Direttori

del tempo e del Capotecnico della *Polifilm* al Vomero Nuovo), sono in grado di riprodurlo al vivo alla presenza dei Sig.ri Accademici, nel modo che essi meglio disporranno, mercè la *macchina a proiezioni fisse e movimentate* di cui di recente mi è riuscito arricchire l'*Istituto di Antropologia Criminale* « G. B. Della Porta » da me fondato in questa Università.

§ 1. Soggetto, infortunio e prime constatazioni

Il caso, come diggià accennai, riguarda un « infortunato », tal Punzo Giorgio da S. Giorgio a Cremano (Napoli), operaio ferroviario, di 45 anni di età.

Infortunio. Il 20 di aprile 1914, nelle sue abituali condizioni di normalità, mentre attendeva ad una manovra d'un carro, un tubo bollitore di ferro, di circa 12 chilogrammi, gli cadde sul capo dall'altezza di quasi tre metri, producendogli sulla regione parietale sinistra una ferita lacero - contusa. Non vi fu commozione cerebrale.

Esami e giudizi successivi. Soccorso in tempo, fu prontamente medicato della ferita e condotto in casa. Dopo 6 giorni, dal sanitario ferroviario (T.r Mar....) fu rilasciato certificato di — guarigione senza conseguenze —, da potere l'individuo riprendere lavoro all'indomani. Il soggetto dice che, per tema di perdere il posto ed anche nella fede dell'aiuto compiacentemente prestato dai compagni, « si trascinò » per vario tempo nel lavoro, ma sentivasi sofferente e se ne lamentava. Dei testimoni asseriscono ch'egli non fu assiduo all'officina, lavorava «interpolatamente », accusava spesso capogiro e mal di capo, specie lavorando a testa abbassata, ed ogni tanto doveva riposarsi.

Circa 1 1|2 mese dopo (8 giugno 1914) il D.re M i.... A n... certificava aver constatato nel Punzo — in dipendenza del trauma — vari fenomeni morbosi: cefalea, vertigini, insonnia, offuscamento della vista, debolezza generale, tremore delle mani, esagerazione di riflessi tendinei, disturbi psichici ecc. Dopo circa un altro mese e mezzo (25 luglio 1914), un alienista da un esame sommario trasse giudizio di — banale simulazione —. Dipoi un perito, nelle forme di legge nominato (Prof. F i...,

Tan...). studiò il Punzo dal 15 aprile al 6 agosto 1915 e conchiuse per l'esistenza in esso di una « *nevrosi traumatica* ».

Io, nominato « revisore di perizia » il 10 marzo 1916, ho tenuto il Punzo in osservazione sino al 10 luglio dello stesso anno, cioè per la durata di 4 mesi. Le mie conclusioni, quindi, si concretano dopo circa 2 anni e 3 mesi dall' infortunio.

Ereditarietà.

Nessuna tara ereditaria. Padre, « capo - paranza » di fornello in ferrovia, buon lavoratore, morto di vecchiaia ad 84 anni. Due fratelli di esso morti entrambi molto vecchi. Madre sana, lavoratrice, morta sulla quarantina di parto. Il fratello primogenito, operaio delle ferrovie, morto sulla cinquantina di male di stomaco: due fratelli viventi, operai anch'essi, veri lavoratori e sani, ammogliati con prole: due sorelle, più anziane del soggetto, casalinghe, lavoratrici, non sofferenti, madri entrambe di numerosa prole, tutta sana.

Nulla si sa di altri ascendenti e collaterali.

Antecedenti individuali. Prima di 12 anni, a scuola e a bottega ora di fabbro, ora di calzolaio, svogliato sempre, passando dall'una all'altra cosa senza apprendere, spesso non andando a scuola. A 12 anni andò a lavorare all' opificio Cuppy: all' esame per entrare in ferrovia, a stento potette fare la sua firma, copiando le lettere scritte da un compagno. Dopo ammesso ai lavori di ferrovia, assicura essere stato sempre bene, meno lievi indisposizioni.

§ 2. Esame obbiettivo

Riferirò sommariamente i principali rilievi clinici da me fatti, fermandomi in modo speciale su quello del « riflesso cremasterico ».

Nel generale, niente di postumi o tracce di morbi pregressi di organi ed apparecchi importanti. Ernia inguinale a sinistra, esistente prima dett' infortunio. Si può in lui, a parere anche di precedenti periti, riconoscere una « 2. combinazione morfologica » del De Giovanni, « con qualche esagerazione nelle linee e nei visceri dell'addome ».

Nutrizione abbastanza scaduta.

Apparecchio cardio-vascolare: aia cardiaca e toni normali. Labilità del ritmo cardiaco; talora tachicardia in seguito a sforzo o ad influenze emotive. Non costante l'influenza del massaggio sulla regione precordiale, generante ora sì ora no delle aritmie.

Polsi alla radiale, a traverso circa 4 mesi di osservazione, dal marzo al luglio 916, ordinariamente 72 a 74 al minuto primo: talvolta 83; più volte 66, avendo il soggetto, come di solito, preso al mattino soltanto una tazza di caffè con poco pane; 64 soltanto il 2 di giugno, giornata piovosa e uggiosa, nella quale il Punzo avvertì d'essersi levato più debole e tale esser rimasto.

Assenza di fatti d'arteriosclerosi.

Antropologicamente:

Lieve scoliosi dorsale a convessità sinistra, con lieve plagiotorachia destra:

Spalla destra un pò abbassata;

Lieve asimmetria del bacino;

Statura	M.tri	1,61
Grande apertura delle braccia	»	1,64
Diam. cranico antero-poster. massimo	»	0,182
» » trasverso »	»	0,155
Indice cefalico 85,15; brachicefalia in limiti di normalità ordinaria.		
Circonferenza cranica alla base	»	0,550
Curva antero-posteriore mass.	»	0,300
trasversa »	»	0,365
Capacità cranica approssimata (somma delle 3 curve) 1215; in limiti di ordinaria normalità.		
Fronte: altezza all'inserzione dei capelli	»	0,047
» larghezza	»	0,102
Altezza del viso	»	0,174
» della faccia	»	0,133
Diametro bi-zigomatico	»	0,108

Capelli folti, alquanto setolosi, castano-scuri, con alcuni bianchi sparsi.

Naso e orecchi regolari.

Denti anneriti; mancanti per carie, nel mascellare superiore: 2. premolare destro; incisivo laterale. 1. premolare e 1. molare sinistro.

Nei due iridi differenza di pigmentazione, essendo questa più marcata nel destro con riflesso castano - scuro, in confronto del sinistro che ha un riflesso grigiastro.

Tali dati antropologici, pur rivelando delle lievi imperfezioni, non consentono di annoverare il Punzo tra soggetti degenerati; sebbene non resti del tutto trascurabile una certa estensione di fatti asimmetrici.

Sensibilità.

In questo campo l'esame obbiettivo ha dato dei rilievi più interessanti.

Le sensibilità *tattile, termica, barica, topoestesica* in condizioni di ordinaria normalità.

La *dolorifica* alquanto ottusa (lieve grado di *ipoalgesia*), ed anche, può dirsi, alcun poco pervertita: le punture fatte con spillo o altro simile sono avvertite come piccole « morsicature ». o come semplici « pressioni » localizzate.

La *meteorica* aumentata: evidentemente il soggetto è assai suscettibile alle variazioni atmosferiche, da avvertirne gli effetti tanto nel campo somatico che in quello psichico.

La *reazione* vasale, anche a constatazione d' un precedente perito, fa notare un abbastanza spiccato dermografismo, al dorso e al petto.

Riflessi.

Riflesso *patellare.* Esso richiamò la mia massima attenzione, giacchè un precedente revisore della perizia, avendo constatato « esagerazione (sic) evidente e banale », aveva fatto di ciò uno dei tre criteri bastati per lui a dichiarare i' infortunato un sicuro — *simulatore* —.

Volli perciò numerose volte ripetere la ricerca, in diversi momenti delle mie sedute, ad occhi aperti con le rutinarie istruzioni di clinica, e ad occhi bendati, con i vari metodi e mezzi clinici; avvalendomi sopratutto del *marteau à percussion centrale automatique et gradué, di* M a u r i c e D u p o n t (v. Fig. I.), il quale, com'è risaputo, giova prima di tutto a determinare esattamente il punto anatomico di applicazione prima di percuotere, e poi a regolare a volontà e gradatamente la percussione in modo uguale in ambo i lati.

Per tali modi il riflesso rouleo risultò evidentemente e sicuramente più o meno vivace, fuori artifizio del soggetto, e con un pò di prevalenza a sinistra.

Riflesso *achilleo* sempre ben presente e pronto, ed anche con un pò di maggiore evidenza a sinistra.

Riflessi *addominali* ben evidenti, specie i medi e superiori.

Riflessi *mucosi* presenti e squisiti.

Riflesso **cremasterico.** (V. Fig. II).

Fin dalla prima seduta di marzo, provocato appena con lievissimo stimolo meccanico agl' interfemori, apparve questo riflesso *vivace* in ambo i lati, ed inoltre - « *durevole* » *oltre l'ordinario* —.

Nella precedente perizia di Tan..... avevo trovato solo questo rilievo: « *normali i riflessi cremasterici* ». Ma ciò ch' io ora osservavo, aveva ben della « *singolarità* ».

In una successiva seduta, saggiato con maggiore attenzione, esso, dietro lievissima stimolazione meccanica, insorge vivace, cadenzato, ripetendosi ritmicamente nel corso di 4 minuti primi *più di cento volte*; poi si affievolisce man mano a sinistra, persistendo a destra. Se per poco rinnovasi lo stimolo meccanico, torna di nuovo più vivace in ambo i lati. Il saggio si fa rimanendo il soggetto in piedi con le gambe alquanto divaricate. Giacchè, poi, in tale posizione, dopo 4 o 5 minuti primi, egli diventa esitante a conservare la stazione eretta, barcolla e minaccia quasi di cadere, lo fo sedere; ed intanto il riflesso continua, accentuandosi maggiormente al rinnovarsi di nuova debole stimolazione.

In successive ripetute sedute del mese di aprile, il fenomeno ripetesi, in identiche condizioni, su per giù alla stessa maniera.

Il 27 di aprile, basta a provocarlo un solo leggerissimo stimolo alla parete addominale, stando l' individuo in piedi e ad occhi aperti. Ma questa volta il riflesso è unilaterale a destra, sempre ben evidente e vivace. L'ascesa del testicolo è graduale, mentre la discesa avviene come d'un colpo per la maggior parte; e dico così, perchè notasi talora come in un 2. tempo, un complemento di discesa, più lento.

In un minuto primo, il riflesso compiesi 22 volte.

Dopo 7 minuti di procedimento uniforme, avvertonsi dei fremiti vibratorii all'interfemore destro soltanto. Il riflesso non accenna a cessare.

Il 1. di maggio, stando l'individuo in piedi e non bendato, basta abbassarsi i calzoni e sollevare la camicia perché, senza stimolo meccanico di sorta alcuna, si veda, dopo lievi fremiti vibratorii all'addome e agl' interfemori, il riflesso cremasterico iniziarsi spontaneamente e continuar poi. come al solito, cadenzato e *«duraturo»*. E' bilaterale, prevalente a destra, ripetendosi 20 volte al minuto primo.

Nelle precedenti sedute io avevo cercato di distrarre l'attenzione dell'esaminato dalla mia osservazione più che era possibile, parlandogli e mostrando di tener d'occhio ben altro, anzichè lo scroto. Ma, nelle successive sedute di maggio e giugno, lo tenni addirittura *convenientemente bendato,* sempre dandogli ad intendere di osservare tutt'altra parte dell'organismo; ed il riflesso costantemente si manifestò, spontaneo nell'insorgere, vivace, ritmico, *durevole all' infinito*, sia che l'individuo stesse in piedi, o che stesse seduto. Si mostrò spesse volte quasi sincrono agli atti del respiro, in questa misura:

in 1 minuto { Respirazione 18
Riflessi 20

Degna di nota fu la seduta del 2 di giugno. La giornata era piovosa, uggiosa, con temperatura caldo - umida dell'ambiente. Il Punzo si mostrò più depresso delle altre volte. Bendatolo convenientemente e denudatolo, il riflesso cremasterico non tardò ad insorgere spontaneo, ma si mostrò *disordinato,* senza il consueto ritmo. Dopo essere insorto spontaneamente a sinistra, poco dopo il testicolo sinistro resta retratto in alto, ed invece appare il riflesso a destra, vivace, più rapido, con discesa talora subitanea del testicolo in fondo allo scroto, tal'altra a piccole scosse. Il riflesso diviene poscia bilaterale, ma sempre restando alquanto in alto il testicolo sinistro, il quale più spesso scende a piccole scosse, ma mai giungendo in fondo allo scroto. Non esiste affatto il ritmo delle volte precedenti. Il riflesso è però sempre *durevole indefinitamente*, non accennando — per oltre un quarto d'ora — a cessare (1).

---

(1) Avendo — per maggiore illustrazione della *«singolarità»* del caso e con interesse di maggiori informazioni e lumi al riguardo da parte di più numerosi osservatori e specialisti competenti —, voluto presentare il caso stesso alla considerazione del *Congresso della Società di Neurologia*, tenuto in Napoli nell'ottobre 923, la numerosa assemblea, grazie alla buona macchina di proiezioni movimentate della Clinica Psichiatrica, potette veder riprodotte al vivo le *modalità singolari* del caso, con non poca soddisfazione della chiarezza della constazione, terminando con un unanime nudrito applauso.

Motilità.

I movimenti attivi e passivi si compiono a bastanza regolarmente. Non esiste vero sintomo di Romberg; ma effettivamente è risultato per varie osservazioni, specie per quella del riflesso cremasterico, che il soggetto mal reggesi nella stazione eretta, anche a gambe un pò divaricate, e dopo alcuni minuti diventa vacillante, insicuro e sente il bisogno di appoggiarsi o di sedersi.

La forza muscolare, saggiata al dimanometro del Mathieu, risulta a bastanza conservata, senza mancinismo motorio, con sufficiente educabilità. Ecco ad esempio i risultati di due delle tante sperimentazioni fatte.

Dinamometria

Aprile. 6.

Mano Destra: 24, 28, 25, 24, 21, 24, 14;
» Sinistra: 18, 23, 20, 18, 18, 18, 20, 20, 18, 21, 18, 20, 20;
» Destra: 24, 26, 21, 20, 21, 19.

Maggio. 6.

» Destra: 32, 27, 21, 26, 24, 30, 22, 24, 24, 24, 25, 29, 26, 27, 23, 25, 25;
» Sinistra: 19, 20, 21, 24, 23, 20, 17, 21, 22, 25, 22, 20, 22, 26, 25, 25, 27, 25;
» Destra: 30, 25, 36, 25, 30, 26, 30, 30, 29, 29, 29, 25, 25.

Sensi specifici

Udito

L'udito, come accennammo, richiamò la nostra attenzione dal primo momento. Nel I. interrogatorio del 23 marzo il Punzo mostrò di udire molto poco le mie parole, tanto da farmi stentare nel raccogliere da lui delle risposte e delle notizie.

Il precedente Perito ha registrato di aver riscontrato « spiccata cofosi » senza lesione apprezzabile negli organi dell'udito; e che, usata la sorpresa, l'astuzia, gli risultò non potersi escludere una sordità *relativa* di natura *nervosa*.

Proceduto nell'aprile all'esame diretto dell'apparecchio dell'udito, tenendo il soggetto bendato; all'esperimento dell'orologio (e di orologio bene squillante), messo a varia distanza fino a contatto dell'orecchio, ed anche appoggiato al mastoide, alla tempia ed al vertice del capo, ottenni risultato completamente negativo, tanto a destra che a slnistra, affermando il Punzo di non udire affatto affatto.

Risultato egualmente negativo ottenni mercè il fischietto di Galton e mercè altro apparecchio di udizione a distanza; così pure mercè l'acumetro di Politzer.

Proceduto all'esa me dell'uno e dell'altro orecchio mercè l'otoscopio a specchio frontale, potetti constatare nel condotto audittvo esterno, per nulla ristretto, la presenza di una discreta quantità di cerume. che fu asportata, ed un discreto sviluppo di peli, ma la membrana del timpano apparve senza alcuna alterazione apprezzabile.

Ho messo allora in atto tanti mezzi e modi di accorgimento e di astuzia. Chiamato o domandato il soggetto, ad esempio, di sorpresa, ha risposto. Prodotto un rumore o un suono di sorpresa in vicinanza di lui, tenuto o ad occhi aperti senza sospetto, oppure bendato, ha discretamente avvertito scuotendosi o rivolgendosi verso il luogo di origine. Chiamato a voce forte di sorpresa anche da una camera all'altra mentre restava aperta la porta intermedia, egli che era in una certa attesa, ha risposto ed è venuto; ma per questo è occorso più spesso ripetere la chiamata.

Nelle reiterate ricerche della sensibilità, stando egli bendato, con l'attenzione richiamata sui toccamenti o sulle punture, domandato a voce piuttosto alta e talora ripetuta se abbia o no avvertito, risponde stentatamente sì o no, e così pure con certo stento ode le istruzioni che gli ripeto per la bisogna e con risposte più o meno adeguate mostra infine di intendere discretrmente le mie richieste di chiarimenti sulle modalità delle sensazioni.

Però non tutte le volte ode egualmente; talora mi occorre ripetere la domanda ed egli fa atto di tendere bene l'orecchio per udir meglio.

Successivamente, guadagnata meglio la fiducia del soggetto e facendogli intendere d'essermi accorto ch'egli non dice la verità e che la verità può essere più utile a lui, ottengo questi altri risultati

Mettendo l'orologio bene a contatto col padiglione dell'orecchio, a destra dice il soggetto di avvertire appena il tic - tac, a sinistra nulla.

Sperimentando col fischietto, mentre il soggetto è bendato, a destra, alla distanza d'un venti centimetri, percepisce il fischio a tonalità alta: a tonalità media avverte appena un senso come di lieve colpo, ch'egli esprime colla sillaba « tup »; a distanza di 30 o più centimetri dice di non avertire nulla. A sinistra, a qualsiasi distanza e con ogni tonalità, non avverte.

Valutata in comparazione l'udizione dei toni alti, dei bassi e dei medi, appare che il difetto maggiore sia nella percezione dei toni *medi*.

Abbiamo tenuto presente che l'udito può essere alle volte abolito solo per alcuni suoni, ma non ci è risultato che si tratti nel Punzo di un simile caso.

Di maniera che, di ogni risultato tenuto conto, pare non possa mettersi in dubbio *un certo grado di diminuzione del potere auditivo*, e che tale diminuzione, specie pel maggior difetto di percezione dei toni medi, sia di origine nervosa; sebbene [illegible]isi nel Punzo interesse ad esagerare tale sua condizione, nella qual cosa però da prova di limitato accorgimento e di assai poca abilità.

Vista

Già dicemmo innanzi dell'esistenza di una pigmentazione maggiore dell'iride destro.

Inoltre, guardando ad occhio nudo ed anche armato di ordinaria lente d'ingrandimento, la pupilla destra appare di forme ellittica in senso verticale, siccome una « pupilla di gatto ».

Però la forma allungata del foro pupillare non si constata a luce obbliqua, e se sembra tale a luce visuale, ciò è dovuto ad un riflesso di luce anzichè ad un'anomalia dell'iride.

Circa a *riflessi pupillari*, il precedente Perito li registra « ben conservati e pronti ».

Per parte mia ho constatato:

Riflessi alla luce semplice, alquanto deboli e meno evidenti a destra;

Riflessi al dolore, egualmente deboli e meno evidenti a destra;

Riflessi all'accomodazione, discretamente conservati.

All'esame della visione diretta mercè le scale geometriche (non potendo usare delle scale tipografiche dello Sellen, perchè il soggetto è illetterato), la visione apparve normale.

Non vi ha daltonismo.

Il Punzo riconosce bene il *verde* e qualche gradazione di esso.

Richiesto di indicare il *bleu*, indica il *celeste*; ma facendogli fare opportuno raffronto, distingue i due colori. La non sollecita riconoscenza del bleu dipende da poca educazione del senso e da volgare ignoranza.

Riconosce il *turchino* con la considerazione che esso più si avvicina, sulla scala presentata, al nero, mentre questo colore manca.

Riconosce bene il *giallo*; così pure il *rosso*, con le gradazioni *rosso vivo* (dice *vero*), *rosso - rosa*, *rosso rosa - scuro*.

All'esame della visione *indiretta*, o del *campo visivo*, mercè il perimetro di Landolt, ricercammo la perimetria visiva non soltanto del color *bianco*, ma anche del *verde* che ha il perimetro più ristretto; e del *rosso* che ha il perimetro più ampio. Avemmo sempre dei perimetri cromatici alquanto ristretti, anche con qualche irregolarità di contorno, specie dei circoli cromatici corrispondenti al verde, e specialmente all'occhio destro.

Gusto

Il Punzo non riconosce prontamente nessuno dei 4 principali sapori: amaro, dolce, salato, acido.

Si fanno ripetuti saggi con gli usuali liquidi titolati che si adoperano in clinica, dopo assicurato che la lingua è senza patina, in normali condizioni.

L'*amaro* di china lo sente dapprima come *dolciastro*; indi, premurato ad assaporar bene, lo rassomiglia ad un *rhum*.

Il *dolce* (di zucchero) lo dice solo un poco più dolce del precedente, cioè dell'amaro.

L' *acido* (di buon aceto) lo avverte soltanto come « un vino » dopo parecchie gustazioni.

Il *salato* l'avverte come « amarostico »; sempre ugualmente dopo parecchie gustazioni.

In un altro dei saggi, il risultato fu analogamente il seguente:

Il *salato* avvertito come « amarostico.

L'*amaro* » « come un rhum », un poco più dolce.

Il *dolce* » « più dolce » del precedente.

L'*aceto* » come vino, un poco « asprolillo ».

Olfatto

Con ripetuti saggi si hanno questi risultati:

L'*assafetida*, di odore così caratteristicamente spiacevole e disgustevole, il Punzo, dopo molto annasare, dice che sa di caffè e, interrogato se gli piaccia o dispiaccia, dice che « gli piace ». e così riconferma a ripetute domande.

L'*ammoniaca liquida* dice che sa di « spirito » (alcool), ed invitato a meglio specificare. dice che è solo « un poco più forte ». Annasando a lungo, si destano abbastanza tenui gli ordinari fenomeni riflessi,

In riguardo agli ultimi due sensi, possiam dire essere essi risultati abbastanza attutiti ed imprecisi e che specialmente nell'ultimo esiste addirittura del pervertimento.

Esame psichico

Al mio primo interrogatorio del 23 di marzo 1916, Punzo Giorgio mostra di poco udire e poco intendere. Ad eliminare ogni difficoltà che potesse venire dal mio linguaggio. prendo a parlargli in dialetto più ch'é possibile.

Ricorda bene l'infortunio, ma non sa dire il giorno, o il mese, o almeno la stagione in cui esso avvenne. Nemmeno sa precisare se fosse d'inverno o di estate.

Racconta l'infortunio a questa maniera: che cioè, stando a Pietrarsa ad attendere ad una manovra di un carro, un tubo di ferro che era sovrapposto gli cadde sulla testa ed egli cadde a terra, Si avvicinò per travare appoggio ad una caldaia e si teneva con una mano la parte offesa (indicando la regione parietale sinistra), quando cominciò ad uscire molto sangue. Seguì allora un superiore che lo condusse alla porta, ove fu medicato dal medico dello stabilimento e dopo se ne tornò a casa.

Dopo alcuni giorni tornò al lavoro, ma non continuatamente, e così, tra riposi e ritorni vari, passò del tempo ch'egli non sa determinare. A domande, dice che l'infortunio accadde da più d'un anno addietro; che ora da 7 o 8 mesi non lavora più.

Il difetto di memoria mostrato dal soggetto, come pure la molto debole e stentata udizione, non appaiono sincere e mettono in sospetto di simulazione o per lo meno di esagerazione.

Di fatti, le ripetute e numerose osservazioni successive, come fecero apprezzare al vero suo grado la diminuzione del potere auditivo, così son valse a farci assicurare che la memoria è a bastanza ben conservata, tanto delle cose remote come delle prossime, e che certe imprecisioni di ricordo siano da attribuirsi più a mancanza di coltura e ad abitudine di poca attenzione che ad altro.

La percezione nel Punzo è normale. Di ordinaria normalità è pure l'intelligenza, ma a bastanza limitata in conformità del livello sociale inferiore e della poca educazione con grado a bastanza scarso di contenuto ideativo e potere di associazione.

Egli ha sufficiente coscienza del suo passato e del suo presente; conservati i sentimenti affettivi ed a grado elementare quelli etici e morali.

Il potere volitivo è indebolito. Quello di morboso che maggiormente presentasi alla considerazione del clinico, è che la sua cenestesi, ossia il senso complesso del suo essere, e la mente sua, sono dominate da sensazioni e da idee afflittive, ipocondriache, che persistono e si ripetono siccome a rime obbligate.

Dal I. giorno delle mie osservazioni il Punzo presentasi debole e lasso, ed accusa come sofferenze maggiori una grande spossatezza, debolezza al capo che non gli permette di reggere in piedi e lavorare, e l'obbliga ad inoperosità e riposo. Insiemenente, accusa scarso appetito, sonno non troppo regolare, interrotto da risvegli subitanei, con ricordi e pensieri d'afflizione per l'infortunio occorsogli,

Durante il mese di *aprile*, nelle sedute del 4, 7, 10, 13, 17, 20, 25, 27 accusa sempre la solita debolezza, giramenti di testa da non potere « calarsi » a terra. Dice d'andarsi sedendo qua e là; che dorme discretamente, con brevi interruzioni; che levandosi il mattino pare che non si regga sulle gambe.

Nel mese di maggio, nelle prime sedute dice sentirsi sempre lo stesso: delle volte un poco meglio, altre volte anche peggio. È sempre afflitto, con ricorrenza del pensiero al suo caso sfortunato.

La nutrizione appare un po' migliorata.

Il 6 di maggio accusa sempre giramenti di testa e debolezza alle gambe. Dice che volendo far qualche cosa, « s'acala » un poco (si china) e la testa più gli gira. Esortato, ora che è un po' migliorato in nutrizione, a riprendere qualche po' di lavoro, anche leggiero, non ha fiducia di poterlo fare e teme gli venga peggio. Dice che s' adopera a far qualche servizio in casa, ma poco.

Così su per giù nelle altre sedute del maggio (9, 12, 15, 18, 19, 22, 24, 29), mentre il polso varia tra 72 e 74 pulsazioni al minuto I' ed il 29 scende a 66.

Il 2 di *giugno*, giornata, come già dicemmo, piovosa, caldo - umida, uggiosa, egli dice d'essersi levato più debole delle altre volte; che vuole camminar dritto, ma effettivamente « va da qua e da là », barcolla. Sentesi sempre incapace di poter lavorare: fa qualche servizio in casa, ma si stanca presto

Il 5 ed il 7 si duole, oltrechè della debolezza, anche della miseria che cresce intorno a lui, e si raccomanda di affrettare la « finitura » (la decisione) del fatto suo.

Così su per giù nel resto del mese di giugno.

Delle volte è toccato farlo attendere, o per necessità o per mio proposito, in una sala del Gabinetto per parecchie ore consecutive, ed egli vi è rimasto silenzioso, quasi immobile, senza mostrare impazienza di sorta, senza lamentarsi o querelarsi della lunga attesa.

La forza muscolare nel Punzo, come dimostrano le sperimentazioni dinamometriche alle quali egli s' è prestato senza alcun accorgimento malizioso, è a bastanza ben conservata e tutti i movimenti come dicemmo sono liberi; ma quello che difetta nel Punzo è la fiducia nelle proprie forze ed ogni tentativo di lavoro, anche di poco conto, lo lascia sollecitamente e soverchiamente spossato e sconfortato.

Egli ha sempre presente nella mente il caso del suo infortunio, la caduta sul suo capo del tubo di ferro e come da quel giorno non sia

stato mai più bene come prima, e gli siano venute meno le forze e la capacità di lavorare.

Persiste in lui, come a motivo obbligato, la rappresentazione delle emozioni provate a causa del sinistro occorsogli, del trauma capitatogli al capo; e tale rappresentazione, anche inconsciente, induce in lui uno stato di inibizione, di arresto sulle varie attività neuro - psichiche, che si risolve in un senso profondo di debolezza e di incapacità, in sfiducia in se stesso e nelle proprie forze, che produce ipocondriasi, afflizione, tristezza, contro la quale non valgono incoraggiamenti, esortazioni o dimostrazioni in contrario.

Ma unaltro fatto è divenuto evidente, specie nell'ultimo mese del mio studio, cioè una preoccupazione molesta della condizione precaria e del disagio economico creatogli dall' infortunio e dalla causa che ne è seguita, un senso di ansia per la durata giudiziale e per l' incertezza su quello che sarà l' indennizzo, e se e quando sia per essere deciso.

In ordine a ciò devo aggiungere che a me si è presentata un paio di volte anche la moglie del Punzo, per implorare da me la maggiore sollecitudine nel disbrigare la perizia, sottoponendo alla mia considerazione il loro stato di disagio. Or è ben risaputo dagli studiosi quale influenza eserciti in questi casi la moglie e come questa riesca un fattore ben importante nel sostenere ed aggravare, e talora addirittura nel creare lo stato morboso del marito.

Per tanto il Punzo appare depresso, ipocondriaco, triste in preda ad una *doppia osssessione:* quella del trauma patito e quella dell' indennizzo che aspetta unitamente alla sua famiglia.

§ 3. Discussione

Dirò qui sommariamente delle principali valutazioni e interpretazioni da me presentate, all'epoca della perizia (1916), al magistrato, siccome basi della mia diagnosi e prognosi, e tra esse quelle sulle *particolarità del rifles. cremasterico.* A riguardo del quale aggiungerò, inoltre, gli apprezzamenti che m' è stato possibile fare in seguito, col sussidio anche di qualche pubblicazione, apparsa di

poi, affine e molto opportuna, come quella del Dott. Pietro Brusa (Juglio 1921) della Clinica Pediatrica di Bologna (1).

In prima, è risultato, tanto dagli atti della causa, quanto dalle nostre inchieste ed osservazioni, non esistere sul conto del nostro esaminato Punzo Giorgio alcuna *tara morbosa ereditaria*, di qualsiasi genere: nè precedenti e tracce di malattie pregresse di considerazione.

Dal *lato morfologico*, vi ha si delle imperfezioni (lieve scoliosi lieve asimmetria del torace e bacino, grande apertura delle braccia alquanto superiore alla statura, differenza di pigmentazione nei due iridi); ma esse, come già dicemmo, non sono tali per numero e per grado da far caratterizzare il nostro soggetto per un degenerato.

Effettivamente il Punzo è una costituzione magra, asciutta, della media normalità ordinaria, e può dirsi, conformemente al parere del precedente perito Tan......., che corrisponda appunto alla 2. combinazione morfologica del De Giovanni.

Quel pò di scoliosi, come la piccola ernia inguinale possono essere anche in rapporto di dipendenza del lungo e grossolano lavoro e sforzi compiuti.

La vita vegetativa si compie abbastanza normalmente. Nel cuore e resto del sistema vascolare, mentre strumentalmente sono sani, verificansi dei disturbi funzionali d'indole nervosa, ma non di gran conto: specialmente delle concitazioni e aritmie cardiache per influenze emotive, ma poco considerevoli, e depressione dei polsi quasi abituale, più rimarchevole in certi giorni, specie in rapporto con condizioni atmosferiche sfavorevoli.

Di considerevole importanza è la condizione dei *riflessi*, tendinei e cutanei. Essi, reiterate volte, e con speciale attenzione e pazienza, e con vari mezzi e modi saggiati, risultarono per la maggior parte

(1) « Rivista Sperimentale di Freniatria », Vol. XLV, fasc. 1-2, 31 Luglio 1921 « *sul riflesso cremasterico nel 1. anno di vita* ».

sempre vivaci, esaltati, esagerati, ed anche con più o meno prevalenza da un lato. E qui conviene ricordare come noi, nel nostro lungo studio in condizioni propizie, avemmo modo e agio di metterci al coperto da ogni — banale esagerazione — da parte dell'esaminato e sincerarci e assicurarci dello stato vero del riflesso *patellare* e di quello del *tendine di Achille*, come degli altri riflessi.

Or la vivacità, l'esagerazione dei riflessi, secondo i dettami della clinica neuro - patologica e psichiatrica, potrebbe dipendere da alterazione, da lesione organica del midollo spinale, o del midollo allungato, o del cervello stesso, o anche dei nervi periferici. Ma allora dovrebbe esser presente tutta una sindrome fenomenica speciale, da caratterizzare questa o quella malattia organica, determinata, del sistema nervoso centrale o periferico.

In Punzo Giorgio invece non esiste affatto un quadro sintomatologico che possa riferirsi ad un processo di tabe o a quello di *paralisi progressiva*, o a *nevriti periferiche* di varia natura, ecc. Non vi ha difatti, sintomo di R o m b e r g n, è di B a b i n s k i; non atassia; non esistono tremori alla lingua, disartrie, disuguaglianze pupillari acquisite (la pigmentazione diversa de' due iridi è un fatto congenito), tremore caratteristico alle mani; non disturbi sensoriali, non deliri: non si osservano ipertrofie od atrofie localizzate, ecc. ecc.

E allora non resta, per spiegare la vivacità ed esagerazione dei riflessi, che un altro meccanismo di produzione, ben noto a neuropatologi e psichiatri, quello della diminuzione, del difetto del potere *di inibizione* esercitato normalmente dal cervello. Quanto più s'indebolisce e vien meno la inibizione cerebrale, tanto più restano liberi, senza moderazione, e quindi crescono di vivacità e diventano esagerati gli atti di funzione riflessa che compionsi nel midollo.

Ma se questo basta per la spiegazione e interpretazione dello stato di vivacità dei principali riflessi tendinei e cutanei in Punzo Giorgio, non è parimenti così per il modo di comportarsi del *riflesso*

cremasterico, il quale richiama in modo particolare l'attenzione per sue modalità *singolari*.

In esso, non notasi soltanto la vivacità e la molta vivacità, ma ciò che sorprende è la *durabilità senza limite*, con un *ritmo* più abitualmente conservato; con *insorgenza* per lievissimo stimolo mec-canico o anche senza di questo, *spontaneamente:* col facile *disordinarsi* e considerevolmente, sotto l' influenza di *disturbi atmosferici*.

La particolare *durabilità* di questo riflesso nel Punzo risulta addirittura *eccezionale* o potrebbesi anche dire *unica*; sicuramente non di ordinaria osservazione, o che si consultino le opere migliori di patologia, o che s' interroghi la propria esperienza e quella dei colleghi più competenti. Una vivacità assai notevole od esagerazione del riflesso, accompagnata anche talora da una ben limitata ripetizione e durata non di rado s' è riscontrata in *epilettici*, specie in periodi post - accessuali, in *neurastenici* a grado avanzato, in *isterici*; ma pure in tali soggetti, per risvegliare il riflesso, è occorso ogni volta una stimolazione, sia pur lieve, agl' interfemori o all'addome, e ad ogni nuovo saggio è occorsa una nuova stimolazione.

In Punzo invece, una volta eccitato nel modo più semplice il riflesso, questo seguita a *ripetersi automaticamente per un numero infinito di volte*, in maniera cadenzata e ritmica. Assume, cioè, una forma, a un dipresso di quello che in clinica va sotto il nome di *tic*, ma che nel nostro caso dovrebbesi dire *acquisito e transitorio*; oppure meglio di *clono*.

Ma ancora più importante è il fatto che tale specie di *tic* o *clono*, come numerose volte m' avvenne di sperimentare, destasi *spontaneamente*, senza alcuna delle abituali stimolazioni; ad occhi aperti e ad occhi bendati, a soggetto in piedi o seduto, bastando solo abbassare i calzoni e sollevare un pò la camicia, senza che il soggetto minimamente sappia o intenda lo scopo della peculiare osservazione localizzata. Basta, cioè, nel nostro soggetto il *fatto suggestivo* del sapere il suo corpo esposto ad osservazione.

Tutto ciò, fra i tanti aggruppamenti nosologici, dicemmo nella nostra relazione di perizia, poteva trovar posto solo nella complessa e bizzarra « sindrome dei fenomi isterici »; ma che peraltro non riscontrandosi nel soggetto altri fenomeni localizzati di decisa natura isterica, si dovesse piuttosto parlare di un sintoma *isteroide*.

Dubbio di simulazione!

Come che fosse, alla domanda che dovemmo rivolgerci se mai dopo tali constatazioni e interpretazioni, potesse reggere e prendere mai consistenza il dubbio, affacciatosi alla mente di qualche precedente perito, di *simulazione*, rispondemmo in modo negativo assoluto, non potendosi ammettere che fatti *singolarissimi* come quelli del riflesso cremasterico del Punzo potessero essere coscientemente e volontariamente procurati e riprodotti dal soggetto.

Nuovi elementi per una più fondata e precisa interpretrazione della " singolarità " del fenomeno cremasterico.

In riguardo alla « *singolarità* » del caso nostro, certamente assumono non poca importanza i recenti studi del già ricordato Dott. Brusa di Bologna *sul riflesso cremasterico nel primo anno di vita*. Il Brusa, tra l'altro, ci da la spiegazione della inesistenza di qualunque precedente d'osservazione somigliante alla mia, giacchè dice che tale riflesso (il cremasterico) « *non è stato studiato al pari degli altri riflessi cutanei, per la scarsa importanza ad esso attribuita nella semeiologia del sistema nervoso* ».

Ciò che più importa è che il Brusa, in contradizione di precedenti scrittori, mette in rilievo un dato di fatto ben importante, che cioè il riflesso « cremasterico », nella grande maggioranza dei casi, *è già presente sin dai primissimi giorni di vita* del bambino, e d'altra parte, all'unisono con l'osservazione generale dei più, riconosce che il riflesso stesso, dopo che si è stabilito, *è nel bambino vivacissimo*.

Il P r i n c e t e a u, anzi, ed il suo allievo B o u r r u t L a c o u t u r e lo dicono nei *primi anni di vita «così vivace»*, che basti il *minimo contatto* nella regione superiore della coscia, per provocare una *contrazione tale del cremastere*, che il testicolo abbandona lo scroto per andare ad applicarsi all'anello inguinale esterno, o anche rimontare fino all' interno del canale inguinale.

Ora è così ovvio vedere il rapporto di dipendenza tra una squisita vivacità del riflesso cremasterico ed il debolissimo potere, se non assenza addirittura, d' inibizione superiore nei bambini.

Pertanto, la interpretazione e spiegazione che noi demmo nel 916 della *singolarità* del caso del Punzo, ci appare oggi anche più razionale e corroborata; giacchè, tenuto conto del grado cospicuo di depressione neuro-psichica in cui versava il soggetto e, quindi, di abbassamento e di annichilimento del potere inibitorio cerebrale, dalla vivacità degli altri riflessi si giunge non difficilmente ad ammettere *un grado tanto più cospicuo, accentuato, avanzato dell'attività riflessa cremasterica*, da dare quella forma così inusitata e singolare, con *insorgenza facilissima*, anche per minimo stimolo, o addirittura spontanea, e con *durabilità senza limite*, ossia con *ripetizione antomatica persistente*.

E in riguardo a stimolazione del riflesso stesso, vogliamo rilevare la molta rispondenza di due fatti: quello del "*minimo contatto*" nella regione superiore delle coscia, sufficiente nel bambino, secondo P r i n c e t e a u e B. L a c o u t u r e, a provocare una contrazione tale del cremastere da fare fin rimontare il testicolo all' interno del canale inquinale; e l'altro osservato nel nostro soggetto della sufficienza nel destare il riflesso del semplice abbassare dei pantaloni o sollevare della camicia.

Diagnosi e prognosi

Adunque, nel caso Punzo, ci trovavamo alla presenza d'un quadro fenomenico morboso, catterizzato da parecchi fatti obbiettivi, so-

matici e psichici, qualcuno di peculiare importanza, di cui i principali erano:

a) Un gruppo di elementi funzionali nervosi: vivacità od esagerazione di rifiessi superficiali e profondi, anche con prevalenza unilaterale, denotanti una condizione di debolezza e annichilimento del potere inibitorio cerebrale:

b) Una «*singolarità*», senza precedenti di osservazione, del *riflesso cremasterico*, con facile insorgenza, per minimo stimolo o anche spontanea, e *ripetizione automatica persistente, durabile senza limite di tempo*:

c) Alquanto restringimento del campo visivo; diminuzione del potere uditivo a destra di natura nervosa; alquanto pervertimento dei sensi del gusto e dell'olfatto.

d) Un gruppo di elementi *cenestopatici e psicopatici*, consistenti in rappresentazioni, notturne e diurne, coscienti e inconscienti del trauma subito e degli effetti e danni immediati di esso; autosuggestioni ed anche etero-suggestioni di debolezza, fiacchezza, stazione instabile, capogiri, vacillamenti, mancanza di forze, incapacità al lavoro; fatti che non trovano obbiettivamente riscontro nella nutrizione che è discreta, e nella sufficiente conservazione dell'energia muscolare: *ipocondriasi*, esente da disordini sensoriali e da deliri, ma che dà una permanente preoccupazione del vivere, un senso di ansia ossessiva per quello che sarà del suo avvenire in rapporto ai danni sofferti nella sua salute ed anche del procedimento giudiziario che pende su di essi.

Un quadro fenomenico, insomma, che si riferisce al gruppo delle *nevrosi*, ossia delle malattie del sistema nervoso a *base esclusivamente «funzionale»*, cioè senza base anatomica più o meno accertabile e definibile in conformità dei sintomi rilevati. E tenuto conto che l'origine e successione di tale quadro morboso rapportavasi al *momento causale trauma*, si andava dritto e di sicuro alla diagnosi di *una forma di nevrosi traumatica*.

Più specificatamente, prendendo a base la classifica presentata dal Prof. Errico Morselli al III Concresso Nazionale delle malattie professionali (ottobre 1911, in Torino), che raccolse le *nevrosi traumatiche* in 5 varietà (l'una, per altro, capace di passare nell'altra, fino a confondersi), la forma presentata dal nostro Punzo restava tra la « *varietà nevrastenica degli operai* », e la « *varietà ipocondriaca* con dominante elemento *psichico* », con qualche carattere benanco della « *varietà isterica* ».

In ordine a prognosi, osservavamo che, dopo due anni e tre mesi circa di esistenza della malattia, si riscontravano in Punzo Giorgio:

Dal lato somato - funzionale:

a) Persistenza di alcuni sintomi di alterazione nelle funzioni elementari del sistema nervoso, notati già da un precedente sanitario (An.....) fin dal giugno 1914, e poscia confermati dal perito Tan....., come l'esagerazione di riflessi tendinei;

b) Esagerazione dei riflessi superficiali, con eccezionale esagerazione di uno di essi (il cremasterico), sotto forma di clono, che o non esisteva all'epoca dei precedenti osservatori, o non fu da essi ben notato e valutato;

c) Diminuzione del potere auditivo, di origine *nervosa*, pure constatata dal precedente perito;

d) Prevalenza unilaterale di alcuni fenomeni; restringimento del campo visivo; certo grado di pervertimento del gusto ed olfatto: sintomi accennanti ad una condizione *isteroide*.

Dal lato psichico: la persistenza di condizioni morbose cenestopatiche ed ipocondriache, palesatesi e a mano a mano cresciute in seguito all' infortunio; auto ed etero - suggestione, intensificatasi pure di grado.

Innanzi a tutto ciò, la nostra prognosi non potette che essere *riservata*. Giacchè, se era facilmente a prevedere che la parte diremo « eterogena » della malattia fosse per cessare colla cessazione delle lungherie e incertezze e titubanze del procedimento giudiziario in corso e col pagamento d'un congruo indennizzo, non era a

pensare altrettanto del resto del quadro morboso, specie di qualche sintomo come il notevole indebolimento psichico ed il *clono cremasterico* che potevano essere perduranti chi sa per quanto tempo ed in che grado.

§ 4. Risposte ai quesiti del magistrato

I quesiti furono:

1. « Se esista la nevrosi diagnosticata dal perito Prof. Tan. nel suo rapporto del 6 agosto 1915 ».

2. « Se e per quali ragioni sia dessa di natura traumatica ».

3. « Se tragga origine da tara ereditaria o dall' infortunio del 20 aprile 1914 riportato dal Punzo ».

4. « In tale ultima ipotesi, se costituisca inabilità permanente parziale al lavoro ».

5. « Ovvero se i fenomeni riscontrati dal detto perito siano inesistenti o simulati ».

Risposte

a) In ordine al 1. e al 5. quesito, rispondemmo che confermavamo l'esistenza ammessa dal Tan. in Punzo Giorgio di una *nevrosi generale;* con questa sola differenza che tale esistenza a noi era riuscito constatare e diagnosticare su di una più larga e completa base di osservazioni, tanto nel campo *somato - fisiologico,* che nel campo *psichico,* e che inoltre noi avevamo potuto determinare e circostanziarne l' indole secondo gli ultimi portati della scienza: che mentre i fenomeni riscontrati dal precedente perito avevano a dichiararsi per la maggior parte esistenti, da parte nostra a noi era riuscito rilevarne e aggiungerne altri più cospicui e più decisivi, quacuno fin d'eccezionale importanza, come il *singolare clono cremasterico,* a mezzo di più lunghe e più complete osservazioni e sperimentazioni.

In quanto al dubbio di *simulazione* da parte dell' infortunato,

in conformità delle ampie spiegazioni date innanzi ci dichiarammo in grado di potere escludere in maniera *assoluta* una — simulazione vera e propria —, prima perchè avevamo potuto rilevare dei sintomi obbiettivi somatici che non potevano essere simulati (principalmente il *singolare clono cremasterico*), ed anche perchè avevamo avuto da convincerci che nel Punzo, data la sua limitata mentalità e il difetto rimarchevole di educazione e coltura, mancava la capacità e l'attitudine a concepire e tradurre in atto un piano e un proposito di adeguata simulazione.

Chiarimmo come in lui fosse risultata soltanto della — *esagerazione* — di qualche fenomeno, per autosuggestione e più forse per etero - suggestione: ma che l'esagerazione stessa era fatta in modo così banale e puerile e così poco sostenuta, da potere facilmente e presto separarla da ciò che di morboso esisteva realmente.

b) In ordine al 2. e 3. quesito, rispondemmo di ritenere che la *nevrosi* riscontrata nel Punzo era di «*natura traumatica*» e traeva origine dall' infortunio subito dal Punzo stesso il 20 di aprile 1914, primamente perchè da tutte le inchieste fatte e da tutti gli elementi raccolti, non risultava che nell' infortunato Punzo esistesse una — tara morbosa ereditaria —; poi perchè mancavano elementi per ammettere nella vita anteatta del Punzo processi morbosi d' importanza, come mancavano d'altra parte elementi per negare ch'egli godesse buona salute precedentemente all' infortunio. Sicchè legittimamente era da ritenere che il momento causale della sindrome morbosa svoltasi dopo il 20 aprile 1914 si riferisse precisamente ed esclusivamente all' infortunio.

Il lento svol[illegible]i, inoltre, della sindrome stessa, l' intensificazione progredient[illegible]a sproporzione di essa in rapporto all' entità lieve del trauma, [illegible]amo chirurgico, tutto il decorso, insomma, di quella fenomenol[illegible] morbosa erano rispondenti alla quotidiana esperienza clinica [illegible]guardante tale forma morbosa.

E pure, per [illegible]aggiore e più scrupoloso rigore clinico, ricordando il rilievo [illegible]uni fenomeni accennanti ad una tal quale indole

isteroide del nostro soggetto, la quale avrebbe potuto far supporre un fondo morboso preesistente, facevamo considerare come, mentre mancavano dei sintomi obbiettivi decisi e *caratteristici* di una *natura isterica* vera e propria, quel tanto di forma *isteroide* che si era osservata, non toglieva al riconoscimento della — *origine e natura traumatica della nevrosi* del Punzo, — conoscendosi in patologia come l'azione del trauma possa valere delle volte, non che ad ingenerare *sic et simpliciter* tutta una sindrome nuova, nervosa e psichica, a svegliare e mettere in evidenza una qualche condizione del tutto — *latente* — la quale, senza l'influenza del trauma, sarebbe rimasta sempre tale, ignota all'individuo e agli altri, e quindi senza costituire una malattia valutabile.

Pertanto restava per noi assodata in Punzo Giorgio la diagnosi di — *nevrosi traumatica, varietà tra la neurastenico - isteroide e la ipocondriaca* —

c) In fine, rispondendo al 4.° quesito, dichiarammo che tale *nevrosi traumatica*, pel decorso avuto; per la sua durata oramai di circa due anni e due mesi, con permanenza e quasi stabilizzazione di alcuni fenomeni cospicui, tanto fisici che psichici; per la prognosi molto riservata circa a *restitutio ad integrum*, ci lasciava il convincimento che da essa potesse con molta probabilità risultare *nell'esaminato Punzo Giorgio inabilità parziale permanente al lavoro.*

§ 5. Considerazioni teorico - pratiche

Il Dott. P[illegible]ro Brusa della clinica Pediatrica di Bologna crediamo a[illegible] o ben ragione di rilevare che — [illegible] *riflesso cremasterico* [illegible] stato studiato al pari degli alt[illegible] fl[illegible]ssi cutanei e che scarsa [illegible] importanza ad esso attribuita [illegible] fenomenologia del sis[illegible]

Il ca[illegible] r contrario, e le interes[illegible] ricerche del Brusa [illegible] vare come lo stud[illegible] acc[illegible] esso possa

riuscire importante tanto dal lato teorico in ordine ad origine e meccanismo di produzione dei riflessi in genere, quanto dal lato di applicazione pratica, sia nella clinica generica e in quella speciale neuro - psico - patologica, che nel campo medico - forense, specie nei riguardi dell' *infortunistica.*

Io, come già accennai, ho avuto premura di esporre il presente caso, oltre che al giudizio della R. Accademia Medico - Chirurgica di Napoli, anche a quello di qualche congresso medico, di specialità o generico, (1) per poter meglio raccogliere notizie ed aver lumi intorno ad esso, ben pensando che, per quanto veramente *singolare,* non potesse essere la mia osservazione davvero la prima ed unica del genere.

Ma pur troppo fin'ora è risultato così; e me lo spiego appunto per la scarsa importanza — a dir del Brusa — fin'ora dato a questo riflesso.

È ragionevole, quindi, che d'ora innanzi anche il riflesso cremasterico sia con maggiore attenzione e accuratezza studiato, sia a scopo puramente scientifico, che a scopo clinico - pratico.

Non è il caso ora qui di cacciarmi in tutta una discussione circa ad interpretazione e meccanismo dei riflessi. Mi limiterò soltanto a qualche considerazione nei riguardi medico - legali, e sono:

1.° Che il *riflesso cremasterico,* mentre, più spesso nei bambini, nel loro 1.° anno di vita (Brusa), in epilettici in stati post - accessuali, in neurastenici gravi, presentasi vivace o cospicuamente vivace, ed anche talora «*persistente*» per breve tempo oltre l'ordinario, giunge anche talvolta ad assumere la forma di *clono*:

2.° Che, quando presenti le caratteristiche di *perdurabilità* senza termine, con alternativa ritmica o cadenzata di salita e discesa

---

(1) Più di recente al *VI Congr. sanitario regionale di Abruzzo e Molise,* tenuto in Campobasso dal 19 al 21 settembre di quest'anno.

dei testicoli, con insorgenza per lievissimo stimolo agl' interfemori e all'addome oppur anche spontaneamente, costituisca un dato obbiettivo cospicuo e prezioso per la diagnosi di *nevrosi traumatica*.

3.° Che per tali modalità — fin'ora « *singolari* » — vale, in soggetti periziati per infortunistica, a fare escludere in maniera assoluta la *simulazione*.

Napoli, Ottobre 1924.

Manicomio Interprovinciale « Lorenzo Mandalari » di Messina
Diretto dal Prof. Dott. Guglielmo Mondio

CONTRIBUTO CLINICO ALLO STUDIO DELLA MALATTIA DI RAYNAUD

PER IL

DOTT. ENRICO MONDIO

L'asfissia o gangrena simmetrica delle estremità venne descritta per la prima volta nel 1862 dal Raynaud il quale successivamente pubblicò altri casi sull'argomento. La malattia, quindi, giustamente prese poi il nome dal suo primo espositore.

In seguito comparvero, sia in Italia che all'Estero, altre osservazioni che studiarono la malattia sotto diversi aspetti: alcuni occupandosi dell'eziologia, altri dei rapporti con altre malattie ed altri ancora cercando di distinguere delle varietà.

I casi di morbo di Raynaud, come entità nosologica, non abbondano nella letteratura medica, ed i pubblicati non hanno, fin oggi, eliminato tutti i punti oscuri che ancora sussistono sull'argomento.

Secondo la tipica descrizione fatta dal Reynaud la malattia si presenta sotto forma accessionale; e colpisce quasi sempre gli estremi distali degli arti. Questi periodi accessionali sono tre: il primo è dato da pallore fortissimo alla cute delle dita; il secondo da colorazione cianotica; il terzo da gangrena. La malattia si manifesta di solito nella stagione invernale.

Secondo il R a y n a u d la gangrena simmetrica delle estremità è più comune nelle donne che negli uomini, e nei 4|5 dei casi.

L'età più favorevole sarebbe dai 18 ai 30; al di là dei 40 la malattia non è comune. Essa coglie a preferenza soggetti linfatici, nervosi e con facile eccitabilità spinale. Essa si associa o sussegue ad una quantità di stati morbosi, quali malattie infettive, tossiche, cachettiche, di alterato ricambio, alle anemie, alla clorosi, alla leucemia, ai morbi cardiaci e vasali, ad affezioni funzionali ed organiche del sistema nervoso centrale e periferico, ai geloni, ai traumi, ad esaurimento eccessivo corporale. Le cause determinanti, però, del morbo di R a y n a u d, malgrado le varie ipotesi, non sono ben delineate. Anche rispetto alla patogenesi non è stata detta ancora l'ultima parola; giacchè, chi la ritiene d'origine centrale, chi periferica, chi simpatica.

Avendo, quindi, la malattia predetta ancora tanti punti da chiarire non credo, privo d' interesse, pubblicare il seguente caso caduto sotto la mia osservazione.

Storia clinica

L. C., di anni 38 da Aidone (prov. di Caltanissetta), è figlio di genitori consanguinei; il padre è morto giovanissimo per cardiopatia, la madre, vivente, è sofferente da molti anni per artritismo ed istero - nevrastenia. Uno zio paterno ed un fratello sono stati suicida, una sorella ed un fratello, ancora viventi, sono entrambi gracili di costituzione e neuropatici.

Null'altro di notevole nell'anamnesi familiare prossima o remota.

L. G. ha sofferto da bambino le comuni malattie esantematiche; da giovinotto o da adulto, per quanto debole di costituzione, non ha sofferto infermità di una qualche importanza. Non ha acquistato vizii di sorta; quindi non ha abusato di alcoolici nè ha contratto mai sifilide o malattie veneree. E' stato sempre piuttosto malfermo nelle sue condizioni fisiche generali oltre ad avere lievi, ma continui disturbi uricemici.

Da sei mesi a questa parte incominciò a sentire dolore agli arti inferiori con accentuata anestesia in entrambi i piedi e più specialmente alle dita. Al dolore ed all'anestesia si aggiunse, ben presto, molesto formicolio ed uno spiccato intormentimento, che poi si calmava mettendo i piedi in acqua fredda.

Dapprincipio il paziente credette che tali disturbi fossero dovuti a geloni. Ma quando la presenza di simili sofferenze si protrasse oltre l'usato, ed il colorito delle dita dei piedi si accentuò sempre più, e si aggiunse il dolore che divenne sempre più insopportabile, e tutte le cure da lui usate rimasero infruttuose; allora gli venne lo sconforto ed il dubbio che si trattasse di altra malattia.

Dubbio e sconforto che si sono molto più accentuati quando da lì a poco, invece di notare un miglioramento nelle sue sofferenze, il paziente si accorse che le dita, già di colorito cianotico, cominciavano ad ulcerare ed in varii punti di esse si notavano delle suppurazioni con perdita di sostanza.

Tutta questa sintomatologia, or ora notata, però, si accentuava persistendo, senza accennare menomamente ad alcuna elevazione termica.

Non solo, ma con l'andare dei giorni e dei mesi, mentre alcune ulcerazioni guarivano, altre se ne manifestavano. Cosicchè, il processo morboso non accennava a risolversi per alcun verso.

In queste condizioni il paziente L. G. viene alla mia osservazione.

Stato presente

a) Esame antropologico:

Costituzione fisica piuttosto debole, sviluppo scheletrico - muscolare mediocre, stato della nutrizione scadente, mucose visibili sbiadite.

Statura: m. 1,56; Gr. apertura delle braccia: m. 1,54.

Il cranio è a tipo brachicefalo ed a contorno ovalare; la fronte è poco ampia, simmetrica, con evidenti rughe. I denti sono irregolarmente impiantati.

Collo piuttosto esile, torace simmetrico, addome normale.

Nulla di notevole ai varii organi contenuti in dette cavità. Gli arti superiori non offrono nulla di speciale rispetto alla loro costituzione.

Invece negli arti inferiori e specialmente alle dita dei piedi si notano delle alterazioni degne di nota e che, qui appresso, verremo. tra poco. a studiare.

b) Esame delle funzioni della vita vegetativa:

Il cuore è nei limiti fisiologici, lo stato delle arterie è normale, il numero delle pulsazioni radiali è di 115 al minuto primo.

La respirazione è vescicolare e superficiale in tutto l'ambito toracico; 20 atti al minuto primo. La lingua é un pò impatinata, l'alito cattivo, le funzioni intestinali un pò torpide.

Nulla di speciale riguardo alla temperatura ed alle secrezioni.

L'esame delle urine ha messo in evidenza ipoacidità, lieve aumento di fosfati e presenza di abbondanti cristalli di acido urico.

c) Esame delle funzioni della vita di relazione.

Sensibilità — La sensibilità tattile esaminata col compasso di Weber non ci ha dato valori anormali tranne che all'estremità delle dita dei piedi dove, in relazione con i disturoi nutritivi, si nota un certo grado d' ipoestesia. Lo stesso può dirsi della sensibilità dolorifica, barica e termica che sono diminuite solo nelle parti inferme. Riguardo ai sensi specifici essi risultano perfettamente normali.

Motilità — La stazione verticale è abbastanza equilibrata nello spazio, anche a piedi riavvicinati e ad occhi bendati. L'andatura è un pò incerta e claudicante e ciò in relazione ai disturbi delle estremità. Tutti i muscoli si contraggono normalmente; non vi sono tremori di sorta.

Riflessi — I riflessi rotulei sono un pò vivaci ma eguali.

I cremasterici e gli addominali torpidi. Il plantare cutaneo è quasi scomparsoi.

.˙.

Ritornando all'esame degli arti inferiori rileviamo che, mentre i varii segmenti sono ben sviluppati e ben costituiti da non fare notare alcunchè di anormale, non così mostransi le dita dei piedi stessi. Difatti, in queste dita, specialmente a destra, dove l'alluce è oltremodo cianotico, gonfio ed ulcerato alla prima falange, notiamo che son tutte di colorito rossastro e dolenti alla pressione,

ma in modo non uniforme. Dappoichè, mentre a destra, dall'alluce, che è il più intaccato, si va gradatamente fino al mignolo con una decrescente alterazione, e nel colorito, e nella dolorabilità e nell'edema, a sinistra, invece, il processo è molto più ridotto, giacchè non solo non c'è l'ulcerazione notata all'alluce di destra, ma le varie dita non sono qui che poco cianotiche, poco gonfie e poco dolenti. Tanto che il paziente, nei pochi passi che attualmente può eseguire poggia più sul piede sinistro che sul destro, e piega le articolazioni del piede sinistro con minore dolenzia; il che non può fare col piede destro, ove il dolore è urentissimo se si cerca poggiare ed usare le articolazioni metacarpo - falangee.

.·.

Riassumendo il caso esaminato, noi ci troviamo in presenza di un uomo presso i quaranta anni il quale, oltre che appartenere ad una famiglia decisamente neuro - psicopatica ed artritica, egli stesso, dopo avere attraversato tutta la infanzia l'adolescenza e parte dell'età adulta andando incontro a privazioni, angustie, patemi d'animo ecc. d'ogni genere raggiunge, infine una professione, presentando una costituzione fisica assai malandata ed uno stato neuro - psichico oltremodo debole.

Difatti, egli dai trentanni in poi, non solo accusa molteplici disturbi artritici, non solo è molestato da cardiopalmo, da continue cefalee, e da abituali idee ipocondriache; non solo spesso è assalito, accessionalmente, da ingiustificati sconforti e da esurimenti nervosi, che lo rendono misantropo oltre misura, ma, oltrepassato i 35 anni circa, cominciano in lui dei dolori alle estremità inferiori, specie alle dita, anche questi; il più spesso, in forma accessionale, da renderlo oltremodo infelice. Questi dolori, poi, associati a bruciore ed a intirizzimento, sopratutto in embrambi i piedi e più specialmente alle dita, per quanto ad eccessi vanno sempre più accentuandosi specialmente di notte, da rendersi insopportabili. Ma ai dolori si aggiun-

gono gradatamente, alle dita dei piedi, il pallore ed il raffreddamento della cute prima, e poi una tinta violacea con delle marezzature livide lungo le dita, e sul tragitto delle arterie collaterali, rimontanti in alto verso gli arti affetti. A ciò fanno seguito delle flittene che si riempono di liquido torbido, sanguinolento, e che lasciano poi il derma a nudo. Ma l'ulcera che ne risulta invece di estendersi si cicatrizza, si retrae, residuandone una cicatrice ed un leggero indurimento, e la guarigione pare raggiunta.

Il paziente si crede guarito, infatti, o quasi, giacchè vede anche il dolore attenuarsi e quasi sparire, il colorito cianotico delle dita trasformarsi e ridursi.

Ma di li a poco ricomincia il dolore, ricompare e si estende ancora più il colorito rossastro - scuro e ricomincia il gonfiore ecc. e tutta la sintomatologia rincomincia con maggiore veemenza, finchè un giorno, alle flittene, alle escare, al colorito sempre più scuro della cute di tutte le dita di entrambi i piedi si aggiunge la gangrena all'estremità dell'alluce sinistro.

L'esame delle urine non fa rilevare che eccesso di acido urico.

Nulla di decisamente ed apparentemente anormale nell'apparato circolatorio, ad eccezione del cardiopalmo; nulla da parte del sistema nervoso centrale e periferico, ad eccezione della costituzione nemopatica del paziente stesso, con la sua abituale depressione psichica, e l'ereditarietà neuro - psicopatica notata.

Dal momento pertanto che il paziente in esame viene alla nostra osservazione, quando è da parecchi anni che soffre della malattia in atto, e la gangrena, all' estremità dell'alluce, si è da un pezzo manifestata, non cade alcun dubbio che il caso presente appartenga al capitolo dell'Acropatologia e, più specialmente, ad uno dei due prototipi componenti il quadro nosologico di esso capitolo, quale è il Morbo di Raynaud od asfissia o gangrena simmetrica delle estremità.

.˙.

Per quanto, però, la sintomatologia di questa affezione, dal Raynaud in poi, sia stata abbastanza illustrata, l'anatomia patologica, l'etiologia e la patogenesi di essa, come dapprincipio abbiamo già detto, resta ancora molto oscura. E ciò a causa della rarità di simili morbi, del poco studio che si è fin'oggi praticato e del lunghissimo decorso che essi morbi hanno.

Nè noi, col presentare un solo caso, vogliamo fermarci ad enumerare tutte quante le discussioni e le teorie pubblicate, fin oggi sull'argomento da numerosi e valorosi cultori di nevrologia.

Tutt'altro! Vogliamo soltanto accennare, come il caso sopra esposto potrebbe essere un notevole contributo alla ipotesi che il Morbo di Raynaud sia considerato come una forma *angiospatica*, a cui si associano, più o meno tardivamente, dei *fenomeni trofici*.

Questa teoria, del resto, è quella stessa emessa dal Raynaud la quale, con qualche modifica (Hardy, Weis, Lesser, Lutz, Haig, ecc.), è stata poi accettata dalla maggior parte degli autori moderni. Tratterebbesi di uno spasmo dei capillari, delle arteriole e delle venule, dovute all'eccitazione dei centri vasomotori situati nel bulbo e nelle parti alte del midollo spinale, i quali si trovano in uno stato di morbosa sensibilità ed eccitabilità. Mentre con lo spasmo dei vasi spiega il Raynaud l'asfissia locale in un primo tempo, ed il colorito nerastro in un secondo tempo, trova poi per la mancanza regolare dell'affiusso di un liquido caldo, dovuto allo spasmo vasale, alla perdita consecutiva del calore relativo, specie nelle estremità, la formazione della gangrena. Detta gangrena poi è simmetrica per la bilateralità del centro spinale. Quindi all'alterazione vaso-motoria, se si associa l'alterazione trofica, ciò è dovuto alla vicinanza di detti centri.

Così che l'ipotesi dell'alterata funzionalità dei centri vasomo-

tori, di uno spasmo vasale, cioè, dovuto a facile sovraeccitazione di questi centri, in individui che presentano una aumentata irritabilità di queste parti, è quella che meglio si presta alla interpretazione della fenomenologia di questa forma morbosa.

.˙.

Per tanto, il caso da noi presentato, di un individuo notevolmente debole nel suo sistema nervoso per fatti ereditarî (isterismo, nevrastenia, ecc.) ed acquisiti (emozioni, surmenage, preoccupazioni, ecc.) a cui si aggiungono ancora, nell'età adulta, il cardiopalmo e l'uricemia, non fa che confermare ancora una volta essere, nel più dei casi, il morbo di Raynaud una nevrosi centrale vasomotoria. Nè l'ipotesi che tutta quanta la sintomatologia possa venir prodotta non da un solo ma da varî processi patologici (affezioni organiche, infezioni, intossicazioni, ecc.) contraddice alla patogenesi del caso nostro, quando si pensa che Haig, avendo riscontrato eccesso di acido urico nel sangue di un suo ammalato, affetto appunto di morbo di Raynaud, conoscendo l'azione vaso-costrittrice dell'acido urico nei piccoli vasi, attribuiva a questa sostanza la causa della forma morbosa notata.

Ma il caso sopra esposto ha richiamato la nostra atttenzione ancora sull'esito della cura ad esso infermo apportata.

Oltre i soliti tonici del sistema nervoso ed i soliti sedativi, a secondo il predominio di dati sintomi, venne praticata la cura elettrica, mercè la galvanizzazione del M. Sp., del simpatico e delle parti affette. Il paziente migliorò in tutti i suoi disturbi fisici, psichici e nervosi, tanto che dopo due mesi si allontanò dalla mia osservazione abbastanza confortato. Ma non passò che un mese, dacchè il paziente si era allontanato, che venni ad apprendere che egli si era indotto, per accentuare il suo miglioramento e guarire, a praticare, dietro il consiglio di un chirurgo, la *nevrectomia*.

Ebbene! non appena subita la operazione suddetta, la gangrena dell'alluce sinistro ripigliò con veemenza e sollecitudine il suo processo, da invadere ben presto tutto il piede sinistro; per modo che dopo quattro mesi che si fu allontanato da me, e dopo due mesi della nevroctomia: gli si dovette amputare la gamba sinistra al suo terzo superiore.

*
* *

Concludendo, noi possiamo affermare che il caso sopra presentato merita qualche attenzione per i seguenti fatti in esso notati.

1. Mentre il morbo di Raynaud interessa ordinariamente il sesso femminile e piuttosto in giovine età, il nostro caso riguarda un uomo vicino ai quaranta anni.

2. Mentre per l'etiologia il caso nostro fa pensare con tutta probabilità alla costituzione del soggetto studiato, in cui notasi la nevrastenia, il surmenage, la facile eccitabilità spinale, l'uricemia, il cardiopalmo ecc.; per la patogenesi non abbiamo potuto staccarci, fra le tante teorie fin oggi emesse, da quella che fa dipendere il morbo di Raynaud da una alterata funzionalità dei centri vasomotori.

3. Per la cura, infine, resta sempre, la migliore da tentarsi la cura elettrica; a cui bisogna aggiungere, secondo i casi gli antiurici ed i tonici del sistema nervoso. In ogni modo bisogna essere abbastanza oculati e non trattare cruentemente i nervi, quando trattasi di casi, come il nostro, in cui la patogenesi, evidentemente, è dovuta ad un'alterata funzionalità dei centri vasomotori.

Messina, 31 Dicembre 1923.

BIBLIOGRAFIA

Achard Ch. e Lèvi L. — *La Malallia di Raynaud* — Trattato di Medicina e Terapia diretto da Gilbert e Carnot. Vol. 31. Unione Tipografico Editrice Torinese. 1913.

Albertoni P. — *Alterazioni termiche e lesioni trofiche nei processi morbosi* — Il Policlinico. Sez. Medica. 1921. N. 2 e 11.

Allbutt Clifford T. — *Trattato delle Malattie del Sistema Nervoso* — Vol. 1. Unione Tipografico Editrice Torinese. 1904.

Cardarelli A. — *Lezioni di Clinica Medica* - Vol. 3. Tipografia dello Studium. Napoli. 1922.

Crespi G. — *Sul morbo di Raynaud* — Il Morgagni. 1912. N. 7.

Dejerine — *Semiologia del Sistema Nervoso* — Trattato di Patologia Generale di Charchot e Bouchard. Vol. 5. Utet. 1904.

Ferrio L. — *La Diagnosi Clinica delle Malattie Interne* — Vol. 4. Utet. 1923.

Marcus H. — *Studien über die symmetrische Gangrän* — « Archiv fur innere Medicin ». Stockholm. Vol. 51. N. 4-5. 1919.

Mohr e Staehelin R. — *Trattato di Medicina Interna* — Vol. 4. Società Editrice Libraria. Milano. 1914.

Oppenheim — *Trattato delle Malattie Nervose* — Vol. 2. Società Editrice Libraria. Milano. 1905.

RECENSIONI

P. Courbon — De la dualité étiologique de la manie et de la mélancolie — *L'Encéphale* — 1923 N. 1.

La dottrina della psicosi maniaco - depressiva di K r a e p e l i n, in ciò che concerne la concezione degli stati misti, ha proiettato della luce viva su punti oscuri della Psichiatria. Ma non è lo stesso in ciò che concerne la sua concezione dell'unicità degli accessi isolati e alternati di malinconia e di mania.

L'A. osserva che clinicamente mania e malinconia possono dividersi in due gruppi, secondo che i disturbi constatati sono o no di ordine dinamico.

Vi è, da una parte, una mania e una melanconia dinamica. Esse pare non abbiano una causa esogene attualmente identificabile· sono costituite esclusivamente da disturbi di ritmo dell'attività psichica.

Esse si alternano raramente con regolarità, o pure si combinano per dare stati misti. Durante i periodi intercalari, il soggetto ha un equilibrio statico coerente delle diverse facoltà intellettuali, ma il ritmo della sua attività è capriccioso. Dondc il termine di ciclotimia per designare questo stato, e quello di psicosi maniaco - depressiva per abbracciare l' insieme dei parossismi. Il trattamento in questi stati dinamici puri è senza effetto.

D'altra parte si riscontra una mania e una melanconia affettive. Esse si manifestano a seguito di una causa esogena fisica o morale. Sono costituite dalla combinazione di disturbi psichici (idee deliranti polimorfe, allucinazioni, disorientamento unito ad una certa coscienza dello stato patologico) ai disturbi del ritmo. Esse alternano più raramente, e possono anche non recidivare, se le cause esogene non si ripetono. Durante i periodi intercalari, il soggetto ha un ritorno di attività normale, ma presenta un cattivo equilibrio delle facoltà intellettuali. E' uno squilibrato un degenerato nel senso di M a g n a n, o un psicoastenico nel senso di J a n e t e A r n a u d, o un emotivo nel senso di D u p r é.

Il trattamento può molto in questi stati dinamici secondari, che scompaiono quando si è ristabilito lo stato d'equilibrio instabile momentaneamente perduto e perpetuamente minacciato di rottura.

Infine vi sono dei soggetti affetti primitivamente e nel loro ritmo e nel loro equilibrio. Allora la mania e la melanconia possono presentarsi con caratteri contradittori, che non danno, però, una smentita alla distinzione stabilita tra l'etiologia endogena e l'etiologia esogena degli stati maniaci o melanconici.

S. Tomasini

Riser et Gay — LA PARALISI GÉNÉRALE SÉNILE — L' ENCÉPHALE — 1923 N. 1 e 2.

Nei trattati viene fissata dai 30 ai 50 anni la data media della comparsa della paralisi generale; ma ciò non significa che questa affezione non possa riscontrarsi ai di là di questi limiti. Già da tempo si è descritta una paralisi generale giovanile.

Sotto il nome di paralisi generale senile gli AA. con il loro Maestro Certan, designano una entità morbosa definita tanto per la sua etiologia sempre sifilitica, per le lesioni, per l'evoluzione progressiva e fatale, per le sindromi morali con cui si accompagna, per i segni clinici, somatici e psichici, che sono variabili: essa, clinicamente, debutta al di là dei 60 anni.

Gli AA. hanno riscontrato la rarità della paralisi generale sopravvenuta al di là dei 60 anni, e ricapitolando i casi pubblicati hanno trovato su 2058 uomini 17 casi da 61 a 70 anni, e 2 da 71 a 80 anni, e su 814 donne 5 da 61 a 70 anni, 1 da 71 a 80 anni. La frequenza relativa della paralisi generale senile è molto diversamente apprezzata dagli autori. La statistica di Moscou dà 0,45 % e quella di Blois il 16,5 %.

Gli AA. riportano qnattro casi personali, e riferiscono su 15 casi

di altri: studiando i vari segni diagnostici ed il loro valore differenziale.

Pervengono alle seguenti conclusioni:

1. Sotto il nome di paralisi generale senile, si designa un'entità patologica definita dalla sua etiologia sempre sifilitica, dalla sua evoluzione progressiva e fatale, che si accompagna sempre ad una sindrome umorale. Questa affezione principia tardivamente e arbitrariamente l'epoca viene dagli AA. fissata a 60 anni.

2. Questa affezione è relativamente rara, e conviene di non tener conto dei numerosi casi sprovvisti del controllo anatomico ed umorale.

3. Il quadro clinico è paragonabile alla paralisi generale dell'adulto; sembra solamente che la senilità influisca sulle modalità di disturbi amnestici, i quali non obbediscono alla legge di Ribot, che vuole che nei ricordi il nuovo scompaia prima dell'antico.

4. La sindrome umorale della paralisi generale senile, come in ogni paralisi generale, è costituita da alcune modificazioni del liquido cefalo-rachidiano, che non mancano mai; reazione di Wassermann e reazione al benzoino colloidale fortemente positive: l'iperalbuminose e l'ipercitosi sono di regola.

Il trattamento specifico intensivo non ha azione che nell'ipercitosi ma temporaneamente.

5. L'evoluzione è progressiva e fatale, qualunque sia il trattamento.

6. La diagnosi positiva è, prima di tutto, basata sulla sindrome umorale; i sintomi somatici (disartria, segni pupillari e riflessi) sono meno fedeli ed alle volte assenti; i segni psicologici non hanno nulla di patognomonico.

In queste condizioni, la diagnosi differenziale non offre difficoltà che con gli episodi confusionali e l'indebolimento mentale che sopravvengono nel corso di una sifilide del nevrasse, oltre che con la paralisi generale. In questi casi l'evoluzione permette di stabilire la diagnosi.

S. Tomasini

Marchand et E. Adam — RECHERCHES SUR LE RÉFLEXE OCULO - CARDIAQUE CHEZ LES ÉPILEPTIQUES — *Société médico - psychogique* 26 mars 1923. *L'Encèphale* 1923.

In 43 soggetti esaminati al di fuori dei periodi di crisi, gli AA. hanno trovato il riflesso positivo in 46,5 0|0 dei casi, negativo o invertito in 55,3 0|0. Nei soggetti sottoposti al trattamento del luminal è stato meno spesso positivo (44,4 0|0) che nei soggetti che non subivano alcuna influenza di farmaci (57,1 p. 0|0).

Nella metà dei casi positivi il riflesso non ha luogo che durantè i 15 secondi della compressione oculare; nell'altra metà si continua a manifestare durante tutta la durata della compressione oculare (30 secondi). Molto raramente la bradicardia appare nei quindici secondi dopo la compressione.

La tachicardia residuale di Roubinovitch e Chavany è stata notata nel 48,8 p. 100 dei casi. Se si paragonano questi risultati con quelli che gli stessi AA. hanno ottenuto negli individui normali, si trova che il riflesso oculo - cardiaco sarà piuttosto meno frequente e meno intenso negli epilettici.

Come nei soggetti normali, il tipo del riflesso negli epilettici varia da un giorno all'altro.

Le prove della pilocarpina e dell'adrenalina hanno dato i seguenti risultati:

L' iniezione di pilocarpina produce effetti variabili: in sette casi ha aumentato nettamente l' intensità del riflesso oculo - cardiaco una mezz'ora dopo l' iniezione. Due volte ha reso nullo il riflesso, che era positivo prima dell' iniezione.

L'adrenalina ha avuto per effetto di aumentare nettamente il riflesso oculo - cardiaco cinque minuti dopo l' iniezione (reazione vagotonica fugace). In seguito la sua azione è stata variabile secondo i giorni, manifestandosi piuttosto con la diminuzione o inversione del riflesso.

Osservato due volte prima di una crisi convulsiva, il riflesso è stato positivo nei due casi con una bradicardia media. Dopo la crisi, è di-

venuto nullo in un caso, è rimasto positivo nell'altro. Osservato cinque volte dopo delle crisi, il riflesso é stato positivo quattro volte e negativo una sola volta.

Da queste ricerche si rileva che il riflesso oculo - cardiaco non presenta negli epilettici modificazioni speciali spiccate e per le quali si può, basandosi unicamente in esso, ammettere negli infermi uno stato vagotonico netto, sia al di fuori dei periodi accessuali, sia all'avvicinarsi delle crisi.

S. Tomasini

A. Prince — SYNCRONISME RYTMÉ ENTRE DES ACCÈS DE DÉPRESSION MÉLANCOLIQUE ET UN SYNDROME THYROIDO - OCULO - SYMPATYQUE — *L' Encèphale* — 1923 n. 5.

Gli studi biologici recenti dimostrano una importanza sempre più grande al sistema simpatico nell'etiologia di alcune malattie mentali.

L'A. ha pubblicato un'osservazione che dimostra un sincronismo ritmico costante tra gli accessi depressivi e certi disturbi oculo - simpatico - tiroidei, tale da potersi parlare di rapporti di causa ed eftetti, piuttosto che di una semplice coincidenza cronologica.

Un infermo presentava una sindrome della catena simpatica (sindrome Claude, Bernard - Korner), intermittente e leggermente dissociata, caratterizzata da un dolore alla pressione sul tragitto del simpatico cervicale destro, con comparsa di disturbi vaso - motori sotto forma di rossori diffusi in tutto il lato destro della testa, del collo, della regione clavicolare; una esoftalmia destra con miosi intermittente e conservazione delle reazioni pupillari, caduta della palpebra destra senza paralisi; emiatrofia destra progressiva della faccia, senza disturbi trofici della pelle. Nello stesso tempo, senza che sia possibile stabilire la priorità, il lobo destro del corpo tiroide s'ipertrofizza, si estende sul lato e indietro, comprimendo verosimilmente la catena simpatica; divenendo sensibile. Il polso si accelera.

Questa sindrome oculo simpatico cervicale, appare in modo ritmico nello stesso tempo con accessi di depressione melanconica che durano qualche giorno, con tristezza, prostrazioni, semimutismo, cefalea pronunziata a destra.

La scomparsa dei disturbi psichici affettivi ha luogo nelle stesso tempo che i disturbi somatici. Il lobo tiroideo destro ritorna al suo volume pressochè normale; e non conserva che una vaga sensibilità.

Si potrebbe trarre da questo caso una ipotesi seducente: degli argomenti in favore di una teoria simpatico - tiroidea della psicosi maniaco-depressiva.

S. Tomasini

Morselli E. — GL' INNESTI DEL VORONOFF E LA NEURO - PSICHIATRIA *Quaderni di psichiatria, Vol. XI, 1924, 5-6, pag. 101.*

Fa un breve cenno dei precedenti scientifici del Voronoff e della sua attività attuale non indifferente. e con autorevole, chiara semplicità, tratteggia la storia degl' innesti nell'uomo ed espone i mezzi di cui si serve il Voronoff nell'attuazione pratica dei suoi principii, per raggiungere un fine, che è molto lungi dall'essere ristretto in quel campo puramente sessuale, in cui un numero non indifferente di scienziati e clinici credono di vederlo relegato.

Il suo programma, che può chiamarsi di « Biotica » ed anche, possibilmente, di « Macrobiotica », è ben vasto: avere i mezzi per rialzare con innesti endoghiandolari l'energia vitale e, chi sa, poter forse prolungare la vita.

Fino all'ottobre 1923 Voronoff ha praticato 62 innesti di testicoli con ghiandole di scimmie, di scimpanzè e di cinocefali. Di essi 44 possono già essere utilizzati per un giudizio. La maggior parte degli operati è rappresentata da intellettuali, in massima affetti da arteriosclerosi e da vecchiezza prematura, poi vengono le insufficienze testicolari, le neurastenie, le intossicazioni croniche ed alcuni casi di distrofie genitali.

L'età dei pazienti va dai 22 ai 76 anni. I migliori effetti si sono avuti dai 60 ai 69. Non è mancato il successo in ultrasettuagenari.

Dai confronti fra lo stato fisico - intellettivo dei pazienti prima e dopo l' innesto si rileverebbe che mentre i risultati benefici a carico della funzione genitale non sono numerosi, lo sono invece a carico di molte funzioni organiche specialmente di quelle mentali, ma nei casi, in cui la rinascita ha toccato la sfera della virilità, essa è stata completa e convincente.

L'A. da a questi risultati notevole importanza, perchè da essi emerge la possibilità di applicare il metodo nel campo della neuro - psichiatria e specialmente nei casi più penosi di anomalie, deficienze ed impotenze sessuali (inversione sessuale, omosessualità, impotenze congenite o acquisite, frigidità sessuali senza inversione dell' istinto) cause non infrequenti di grandi infelicità individuali e familiari.

Discute le più importanti critiche ed obbiezioni mosse da più parti al Voronoff dimostrando di alcune lo spirito sofistico e vacuo, di altre le inutilità di fronte ai risultati obbiettivi, tangibili, ottenuti dallo scienziato russo, e di altre infine la inopportunità e la intempestività.

Riconosce invece importante l'obbiezione che riguarda la sorte dell'organo innestato: se esso acquisti la completa e duratura attività funzionale o se sia soggetto, a più o meno lunga scadenza, ad un processo di necrotizzazione, come accade di molti consimili trapianti.

Addita la più reale e la più grave delle difficoltà pratiche, che è quella di procurarsi il materiale da innesto, poichè il Voronoff ricorre di preferenza, per la sicurezza del successo, all'uso di ghiandole testicolari di scimmie antropoidi, rare e costose.

Conclude riconoscendo nel Voronoff un senso di sennata prudenza e cautela, nel giudizio dei risultati finali, che ammira non meno della sua modestia e dell'appello all'altrui collaborazione per un più ampio numero di ricerche ed un migliore perfezionamento della tecnica; collaborazione e maggiore divulgazione del metodo operativo, che, come psichiatra, auspica ed incoraggia, ritenendole utili se non doverose ad arrestare l'inesorabile decadimento delle potenzialità fisiche e psichiche, allorquando siano indotte o da eccessivo e continuato lavoro o da senescenza prematura

L. Grimaldi

Salmon A. — I SOGNI NELLA TEORIA PSICOANALITICA DI FREUD — *Quaderni di Psichiatria,* Vol. XI, 1924, n. 5-6, pag. 81.

Il Freud, con la sua scuola, considera, giustamente, il sogno come uno dei mezzi più efficaci per esplorare l' incosciente e le tendenze che in esso si agitano e, attenendosi rigidamente al concetto fondamentale ed essenziale della sua teoria cioè, che l'attività psichica ed affettiva in tutte le sue manifestazioni fisiologiche e patologiche sarebbe influenzata esclusivamente dall'elemento sessuale, ritiene che anche il sogno, come ogni altro disordine neuropatico trovi la sua origine nella « libido ».

Inoltre per esso i sogni non costituirebbero un giuoco autonomo e slegato delle rappresentazioni, come generalmente si ritiene ma sarebbero non privi di una certa logicità ed avrebbero un'azione protettrice, cioè, di difesa, sul sonno, potendo essi, col sopprimere le eccitazioni che disturbano il sonno, provocare il risveglio di soddisfazioni allucinatorie, le quali altro non sarebbero se non la realizzazione di desideri che giacevano latenti nel campo dell' incosciente e che erano respinti o inibiti nella veglia.

L'A. passa una rapida rassegna sul metodo psicoanalitico del Freud, additando, ancora una volta, gli errori che vi si trovano ed i pericoli cui si va incontro nel praticarlo su soggetti in esame.

Riconosce potervi essere sogni a fondamento sessuale, ma non può non enumerare tutti quei casi, nei quali l'origine sessuale dei sogni va completamente esclusa.

Ritiene esagerato il concetto che il sogno parta da un desiderio represso, cosa, che, eccettuandosi per un numero limitato di sogni, è da escludersi logicamente in quelli nei quali la causa provocatrice è, al contrario, un timore represso come accade in tutti gl' individui che sognano, ad esempio, di subire un processo, di essere condannati, di essere bocciati agli esami, di perdere un intero patrimonio al gioco e così via.

Combatte il concetto freudiano che il sogno rappresenti una difesa per il sonno, perchè, al contrario, è di conoscenza generale che i sogni sono rarissimi o mancano nel sonno profondo, mentre abbondano

invece nel sonno dei neuropatici, il quale, di regola, è superficiale e scarsamente riparatore, e che spesso il sonno viene profondamente e violentemente turbato per l'appunto dai sogni.

Conclude contestando al **Freud** il merito di aver creato la psicoanalisi, che è stata sempre praticata in maniera più opportuna e con risultati terapeutici più favorevoli da illustri neurologi e psicologi, e, riconoscendogli solo il merito di aver creato un metodo di analisi psichica complesso, coordinato e rispondente ad una vasta concezione fisiologica, difettoso però di una generalizzazione di concetto, che urta sovente con la realtà di non pochi fatti psichici e conduce, nella pratica, a conclusioni, che sono il frutto di autosuggestione collettiva o di una illusione psicologica (*Cellerier*), meritevole di essere anch'essa oggetto di un'analisi psichica, la quale dimostrerebbe facilmente come i componenti sessuali sono più profondamente radicati nella mente dei psicoanalisti che in quelle dei neuropatici sottoposti alle loro cure.

L. Grimaldi

NOTIZIE

Costituzione della Lega Italiana di igiene e profilassi mentale

Il giorno 19 ottobre, nella sala del Consiglio Provinciale di Bologna, gentilmente concessa, si é costituita la *Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale*. Sono intervenuti i Delegati delle Sezioni Regionali, già costituite o in via di costituzione: i Professori Antonini, Medea, Corberi per la Lombardia; Alberti, Cappelletti, Tumiati per il Veneto; Amaldi, Zalla per la Toscana; Tambroni di Ferrara; Modena di Ancona; Baroncini, Figna, Zuccari di Imola; Ferrari e Pellacani di Bologna. È intervenuto il Prof. Ettore Levi di Roma, Direttore dell' Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale, sotto i cui auspicii si svolgerà l'azione della costituita Lega pe l' Igiene e la Profilassi Mentale.

Ai Congressisti ospitati, ha portato il saluto dell'Amministrazione Provinciale il Comm. Turchi, Presidente della Deputazione; ed il Prof. Brugia, Deputato Provinciale, ha presenziato i lavori del Congresso. Questi si sono svolti sotto la Presidenza del Prof. Ferrari, e, dopo esauriente discussione, hanno portato alla costituzione della Lega, che ha fini nazionali, e che entrerà a far parte della Federazione Internazionale. La Sede della Lega fu stabilita in Roma, presso l' *Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale (Via Minghetti, 17 — Palazzo Sciarra — Roma (1)*. Il giornale di questo, *La Difesa Sociale* e la *Voce Sanitaria* di Venezia, costituiranno gli organi di questa nuova Istituzione Nazionale.

Furono eletti Presidenti onorari il Senatore L. Bianchi ed i Proff. E. Morselli e Tanzi. Al Consiglio di Presidenza effettiva furono designati i Professori Ferrari, Levi e Medea; e faranno parte del Consiglio di Presidenza i Presidenti dei Comitati Regionali. Segretario; il Prof. G. Pellacani.

I delegati convenuti da ogni parte d' Italia, discussero a lungo e poi concretarono le finalità della nuova Lega, che appaiono qui riassunte:

1) Ricercare, vagliare e raccogliere informazioni, documenti. Condurre e provocare inchieste, indagini, ricerche ecc. sulle cause delle malattie

mentali, sui danni morali ed economici che da esse derivano all'individuo ed alla comunità, sulle provvidenze legislative e di medicina preventiva atte a correggere tali cause e ad evitare tali danni.

2) Fare opera di propaganda, estesa, energica, continuativa, degli elementi informativi così raccolti e debitamente elaborati: propaganda da esercitarsi a scopo di stimolo, sulle classi dirigenti e nelle sfere politiche; a scopo educativo, ovunque si può influire sulle masse. (scuola, opificio, caserma, comunità agrarie, centri emigratori ecc.).

3) Coordinare l'azione della Lega a quella degli enti pubblici o private Associazioni, nazionali o regionali, che conducono campagne affini (alcoolismo, malattie veneree, deficienza intellettuale e morale dei giovani e degli adulti), con speciale riguardo alla prevenzione della criminalità.

4) Provocare la cooperazione degli insegnanti, medici scolastici, vigilatrici scolastiche, per la tempestiva selezione dei fanciulli predisposti a tali malattie; ed esercitare analoga azione negli ambienti operai e militari.

5) Cooperare alla preparazione del personale specializzato (assistenti sanitarie e sociali) per questa speciale forma di profilassi.

6) Promuovere dalle Amministrazioni Provinciali e dagli altri Enti publici e privati l' istituzione di Dispensari per la diagnosi precoce e cura ambulatoria dei predisposti alle malattie nervose e mentali, dei malati iniziali e dei precocemente dimessi dagli Ospedali Psichiatrici.

7) Promuovere dagli stessi Enti l'' Istituzione di Reparti aperti e di tutte quelle modificazioni dell'assistenza psichiatrica, utile ai fini della profilassi e cura delle malattie mentali.

Campo vastissimo, che implicherà un'opera veramente poderosa, a cui auguriamo ogni fortuna: opera di evidente importanza sociale, in quanto è dalla salute ed evoluzione del pensiero, cioè dall'attività mentale e lavorativa dei singoli, che é costituito l'avvenire ed il progresso della Società.

N. B. Come si vede dal contenuto di questa Comunicazione, ricevuta dall'Istituto italiano d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale di Roma, anche per la parte nostra, tutta l' Italia psichiatrica non va che da Torino a Roma; da Napoli in giù, se ne togli Leonardo Bianchi, al quale è concessa la pura giubilazione della Presidenza onoraria [e che ha, anche come deputato, tanto fatto per l'Igiene mentale], alcun alienista del Mezzogiorno è stato invitato a cooperare per la Lega di Igiene mentale: e si che il Mezzogiorno può presentare dei Manicomi, da quelli di Napoli e di Nocera a quelli di Palermo e di Messina, che hanno tanto e tanto contribuito con l'attività scientifica allo sviluppo della Psichiatria italiana: e che hanno lavorato anche per l'Igiene mentale, ad indirizzo moderno, come ne fanno fede i lavori di Tomasini pubblicati in questo Giornale nel 1923 e 24, e le Conferenze di Dotto, pubblicate da « Il Pisani ».

s. t.

Collaborazione tra la Commissione Internazionale di Eugenica e l'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale

Sotto la Presidenza del Dr. Leonardo Darwin, si è riunita in Milano nei giorni 20-23 Settembre, la Commissione Internazionale di Eugenica, in cui erano rappresentate: l' Inghilterra dal predetto Dr. L. Darwin, Presidente della « Eugenics Education Society »; l' Italia, dal Prof. Corrado Gini, Presidente della Società Italiana di Eugenica; la Francia dall' Ing. L. March, Vice Presidente della « Société Française d'Eugénique; la Norvegia dal Dr. J. A. Mjöen, Direttore del Laboratorio di Winderen; il Belgio dal Dr. F. Ensch, Rappresentante della Société Belge d'Eugénique; la Russia dal Dr. N. K. Koltzoff. Rappresentante della « Russian Eugenica Society »; l'Olanda dalla Dr. M. A. van Herwerden. Rapppresentante del « Het Nederlandsche Volk » e dal Dr. G. P. Frets. Fungeva da Segretaria la Signora A. Hodson, vice segretaria della Commissione.

Tra gli argomenti all'ordine del giorno aveva una particolare importanza quello della pubblicazione di una Biblioteca Internazionale di Eugenica, già proposta per lettera dal Prof. Gini alla riunione di Lund nel 1923 e presa allora in considerazione favorevolmente dalla Commissione, in attesa di esaminare, nella successiva riunione, un piano concreto di attuazione.

Questo è stato reso possibile dal provvido concorso dell' Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale. Informata della sua offerta, la Commissione, esauriti i lavori relativi alla normale attività dell'istituzione, invitò nel suo seno il Direttore dell' Istituto Prof. Ettore Levi. il quale, in accordo col Prof. Gini rinnovò la proposta, illustrandone la portata e corredandola di ogni necessaria informazione.

La Biblioteca Internazionale di Eugenica è intesa a far meglio conoscere, nel campo internazionale. le attività delle singole Nazioni in tema di eugenica, pubblicando ogni anno almeno un volume (preferibilmente in francese o in inglese) contenente volta a volta la produzione più scelta di ogni singolo paese.

La proposta venne presa in considerazione, con grande soddisfazione, dalla Commissione Internazionale di Eugenica, che espresse la sua riconoscenza ai proponenti e l'approvò, determinando con precisione le modalità con cui tale pubblicazione dovrà realizzarsi.

In accordo alla deliberazione della Commissione Internazionale, le edizioni della nuova Biblioteca Internazionale porteranno su ogni volume la dicitura seguente:

Biblioteca Internazionale di Eugenica, pubblicata in conformità ad una risoluzione della Commissione Internazionale d'Eugenica, dall' Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale.

Dal punto di vista scientifico, la pubblicazione avviene sotto gli auspicii della Società Italiana di Genetica ed Eugenica e delle analoghe Società estere. La Commissione ha particolarmente incaricato di curarla — d'accordo con l' Istituto di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale — il Prof. Gini, il quale si è associato i colleghi Dr. F. Ensch, Prof. Koltzoff, Ing. March e Dr. Mjöen.

I cultori italiani di studi di eugenica, che desiderassero di contribuire al volume relativo all' Italia, sono pregati di rivolgersi al Prof. Corrado Gini, Presidente della Società Italiana di Genetica ed Eugenica; presso l' Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale — via Minghetti 17 — Palazzo Sciarra — Roma (1), indicando: *a)* l'argomento che desidererebbero trattare; *b)* l'approssimativa lunghezza della memoria; *c)* il tempo in cui potrebbero consegnare il lavoro ultimato, e fornendogli altresì, su questo, tutte le informazioni che giudicassero più opportune.

Propaganda per la salute

L'Associazione Italiana per l' Igiene allo scopo di contribuire all' attuale movimento di benefica propaganda per la lotta contro il cancro ed assicurare larga applicazione all' inchiesta sanitaria sui tumori maligni promossa dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica, ha pubblicato un utilissimo volumetto dal titolo: « Una grave minaccia. Il Cancro ! Ciò che il pubblico deve sapere ». Ne è autore il dott. Eschilo Della Seta.

In questo volumetto sono esposti in linguaggio semplice e facilmente comprensibile anche ai profani, alcuni fatti importanti riguardanti il cancro. la sua frequenza, i suoi sintomi iniziali, i fattori predisponenti. Esso ha lo scopo di educare il pubblico a prestare immediata ed intelligente attenzione ai primi sintomi della malattia e a richiedere il pronto intervento del medico, condizione indispensabile per una esatta diagnosi precoce e per una cura efficace.

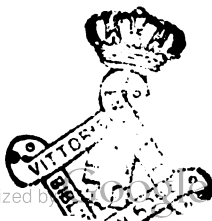
Gli Enti, le Associazioni di assistenza e tutti coloro che si occupano della propaganda per la salute, possono avere una copia della pubblicazione richiedendola alla Segreteria dell'Associazione per l'Igiene — Via Vittorio Veneto, 96 — Roma (25).

Fondazione di 30.000 Lire per lo studio del gozzo - endemico

Nel convegno per lo studio del gozzo endemico, tenutosi presso il Consiglio Provinciale di Sondrio il 29 Settembre, il Prof. Ettore Levi, Direttore dell'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale, ha comunicato di aver ricevuto la generosa donazione di L. 25000 dal benemerito industriale lombardo Comm. Achille Brioschi. A questa generosa offerta ne ha fatto seguito subito un'altra di L. 5.000, per parte della Gasa Hoffmann La Roche di Milano.

Il prof. Levi in base a tali importanti donazioni, ha annunziato, la creazione di una — *« Fondazione Achille Brioschi per lo studio del gozzo - endemico »* che verrà amministrata dall'Istituto stesso, a seconda del piano scientifico che verrà preparato da apposita Commissione (Prof. Achille Monti, Prof. Besta, Prof. Ugo Cerletti) e concretato in un prossimo Convegno da tenersi in Milano.

Il gozzo - cretinismo, che insidia oltre mezzo milione di italiani viventi nelle nostre più belle valli alpine potrà dunque attraverso questa felice iniziativa, essere studiato nella sua patogenesi, tutt'ora completamente oscura

Tutti coloro che vorranno contribuire, moralmente ed economicamente, all'importante fondazione, potranno inviare le loro adesioni e contributi alla *Direzione dell'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale — Palazzo Sciarra — via Minghetti, 17 — Roma (1).*

Concorsi a posti di perfezionamento nelle discipline mediche nella R. Università di Milano

FONDAZIONE LUIGI MANGIAGALLI

Sono messi a concorso cinque posti di perfezionamento a favore di giovani Medici laureati da non più di tre anni.

I vincitori del concorso avranno funzioni di Medici praticanti, dovranno prestare l'opera loro per un anno scolastico in uno dei seguenti Istituti: *Clinica ostetrico - ginecologica, Clinica delle malattie professionali, Clinica pediatrica, Clinica dermosifilopatica, Istituto Sieroterapico (Corso di batteriologia e immunologia)*, e godranno ciascuno di un premio di incoraggiamento di L. 1500 che potrà essere corrisposto anche in rate mensili.

FONDAZIONE PIER DIEGO SICCARDI

E' messo a concorso un posto di perfezionamento a favore di un giovane Medico laureato dopo il 1. luglio 1923.

Il vincitore del concorso, che avrà funzioni di Medico praticante, dovrà prestare l'opera sua nella *Clinica delle malattie professionali*, per la durata di un anno scolastico.

Egli godrà di un premio di L. 1800 che potrà essere corrisposto anche in rate mensili. Alla fine dell'anno il vincitore del concorso potrà ottenere anche il premio speciale di profitto consistente in una medaglia d'oro.

Le domande dei concorrenti, scritte su carta bollata da due lire, dovranno pervenire alla Segreteria della Università (via Borgo Nuovo 25) non oltre il 30 Novembre, accompagnate dal certificato di conseguita laurea coi punti di merito riportati nella carriera scolastica e da altri eventuali titoli e documenti.

Nella domanda deve essere indicato l'Istituto o gli Istituti, per i quali il candidato intende concorrere.

I concorsi verranno giudicati entro il 15 di dicembre.

INDICE DELL'ANNATA 1924

Lavori originali:

Bibliografie:

Recensioni: